Wiadomości Terapeutyczne

Nr 1

1937

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK STYCZEŃ — LUTY

ROK VIII 1937 NUMER 1

Dr **WŁADYSŁAW BOBRZYŃSKI** — **prymariusz oddziału ginek. położniczego szpitala im. J. Piłsudskiego w Chrzanowie.**

UŚPIENIE EVIPANOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII.

Dążenie do znalezienia nowych środków usypiających wskazuje na to, że preparaty dotąd znane, a zwłaszcza nowowprowadzane nie są pewne w działaniu, gdyż często zawodzą, są trudne w dawkowaniu i wywołują niekiedy stany podniecenia, a kiedyindziej znowu długo utrzymującą się senność, a co najważniejsze, są przyczyną zdarzających się od czasu do czasu komplikacyj, aż do zejścia śmiertelnego włącznie. Wprowadzane nowe preparaty tego rodzaju po poddaniu ich badaniom klinicznym i fachowej krytyce nie zuskują prawa obywatelstwa. Tym tłumaczą się próby zmierzające do znalezienia i wprowadzenia coraz nowszych środków.

W roku 1932 ukazał się w handlu środek usypiający pod nazwą Evipan-Natrium, wyprodukowany przez firmę Bayer, który po uprzednim zbadaniu na zwierzętach stosowany był drogą dożylną w tysiącach przypadków zagranicą; w Polsce stosują go *Granatowicz*, *Goldschlag*, *Schwarz* i in.

Jest to pochodna kwasu barbiturowego, łatwo rozpuszczalna, ulegająca szybkiemu, zupełnemu, względnie prawie zupełnemu rozkładowi w wątrobie (*Monod*), o bardzo małej, stwierdzonej na zwierzętach toksyczności (*Weese*, *Preissecker*) tak, że nawet wielokrotnie w ciągu krótkiego czasu podawana nie działa szkodliwie (*Rode*, *Theisen*, *Küchel*). *Fretwurst* i *Monod* ustalili, że zaledwie 2,8% wstrzykniętego evipanu wydziela się w postaci nie zmienionej przez nerki. Już w pierwszych próbach wywołania uśpienia nie zauważono ani większego spadku ciśnienia krwi, ani obniżenia temperatury, ani zmian chemicznych krwi (azot pozabiałkowy i poziom cukru), ani wymiotów przy budzeniu się. Zmian w miejscu nakłucia w postaci uszkodzenia żył, ani w otoczeniu ich przy przejściu rozczynu w tkankę podskórną nie stwierdza się (*Theisen*, *Baetzner*, *Caffier*, *Ernst*). Środek ten podawano również domięśnio-



głęboko ziewa, po niespełna 1 minucie zasypia, przy czym znikają odruchy rogówkowe (*Holtermann, Baucks, Monod*). Po 3 — 4 minutach uśpienia jest już zwykle całkowite (*Rode*) z nieznacznym przyspieszeniem tętna (*Specht, Jarman*), przy zachowaniu jednakże dobrego jego napięcia (*Monod*). W czasie tym pojawia się opadnięcie szczęki dolnej i zwiotczenie powłok brzusznych (*Küchel, Honcamp*); odruchy ścięgniste zwykle utrzymują się (*Monod*), bowiem do uśpienia głębokiego z całkowitym zniesieniem odruchów nie daje się przeważnie doprowadzić. Niejednokrotnie przy zbyt szybkim wlewaniu oddech staje się powierzchowny (*Specht, Meder, Gundlach*) a nawet może się czasowo zatrzymać (*Monod, Granatowicz*), dlatego też wskazana jest ostrożność w tym kierunku. *Rode* zauważył kilkakrotnie kaszel na początku narkozy u chorych gruźliczych. Bladości powłok nie obserwowano nigdy, sinica zaś jest rzadką (*Monod*). Ciśnienie krwi ma pozostawać bez zmian (*Wolff*); według większości autorów natomiast (*Rode, Jarman, Specht, Monod*), ciśnienie spada po chwilowym podniesieniu przeciętnie o 20 — 30 mm Hg w porównaniu z poziomem pierwotnym, co jest szczególnie zaznaczone u osób z hipertensją. Podczas uśpienia, zwłaszcza na jego początku, stwierdzano często krótkotrwałe lekkie drżenie kończyn (*Ernst, Baetzner, Baumecker, Holtermann*), ruchy obronne (*Granatowicz, Caffier*), a nawet — choć rzadko — drgawki kloniczne (*Gundlach, Schwarz*) na skutek zbyt szybkiego wstrzykiwania. *Holtermann* widział czasem stany podniecenia, przy czym przy wzmożonej przemianie materii zjawiają się one wogóle zamiast uśpienia. Źrenice początkowo silnie rozszerzone (*Baumecker, Granatowicz*), zwężają się potem, ale reakcja ich — aczkolwiek słaba — zwykle się utrzymuje (*Rode*), nie można jej więc brać za sprawdzian snu. Przy dokonywanym zabiegu nie widziano nigdy zwiększenia krwawienia miąższowego.

Stan uśpienia trwa zwykle 15 minut (*Gundlach, Meder*); inni natomiast, jak *Rode, Baucks, Caltabiano*, określają czas narkozy na dłużej, a to na 20 — 30 minut. Najprawdopodobniej zależne to jest od wielkości stosowanej u poszczególnych autorów dawki. Budzenie się po zabiegu ma być natychmiastowe (*Baetzner, Baumecker, Kaspar*), względnie przeciągać się do 1 godziny (*Gundlach*); naogół jest ono spokojne wśród pojawienia się całkowitej reakcji źrenic i przyspieszenia oddychania. *Baumeckerowi* udało się budzenie wydatnie skrócić i przyspieszyć przez dożylne podanie coraminy. Wymioty w tym czasie są bardzo rzadkie (*Holtermann, Gundlach, Specht*); rzadko również pojawia się czkawka lub bóle głowy (*Ernst*), natomiast prawie wszyscy chorzy narzekają na krótko zresztą utrzymujące się zawroty głowy. Często po przebudzeniu się chorzy głośno łkają lub płaczą (*Holtermann, Granatowicz*) i zdradzają wogóle mniejszy lub większy niepokój (*Jarman, Monod*), choć w czasie tym nie odczuwają wcale bólu, gdyż niepamięć wsteczna jest stale zupełna (*Holtermann, Ernst, Theisen*).

Komplikacje i przypadki niebezpiecznych zaburzeń przy stosowaniu evipanu są rzadkie, a zejść śmiertelnych zanotowano zaledwie kilka na bardzo du-

żym materiale. Chociaż są autorzy, którzy uważają, że Evipan można bez ograniczeń podawać (*Baetzner, Baumecker, Holtermann, Ernst*), to jednak wobec tych niemiłych przypadłości wykluczono z czasem od jego stosowania szereg schorzeń, przy których istnieniu uznano evipan za przeciwwskazany. W pierwszym rzędzie zwrócono uwagę na schorzenia tego narządu, w którym evipan ulega rozkładowi, a więc schorzenia wątroby, połączone z jej niedomogą czynnościową (*Gundlach, Fretwurst, Küchel, Monod*), a zatem i na rzucawkę porodową (*Preisseker*), następnie na dychawicę oskrzelową (*Keusenhoff*), zwyrodnienie mięśnia sercowego u osób starszych (*Caffier*), przetoki jelitowe i niedrożność jelit, zgorzel kończyn, cukrzycę, oraz na zakażenie ogólne, ropowice i sprawy ropne jamy ustnej i szyi (*Rütz*), w których to przypadkach evipanu podawać nie należy, względnie gdzie wskazaną jest daleko idąca ostrożność.

Ogólnie jednak biorąc środek ten nie wpływa ujemnie ani na narząd krążenia ani oddychania, nie wywołuje również objawów zatrucia kwasem barbiturowym (*Granatowicz*). W odpowiednich przypadkach podaje się z dobrym wynikiem jako odtrutkę coraminę lub podobne preparaty w dużej dawce (*Theisen, Honcamp, Specht*), strychninę (*Ide*), lobelinę, kamforę lub bezwodnik kwasu węglowego.

Jeśli teraz przejdziemy do szczególnych wskazań evipanu, to ma on się nadawać wyśmienicie w mniejszych zabiegach chirurgicznych i ginekologiczno-położniczych (*Caffier, Gundlach, Meder*), szczególnie zaś tam, gdzie mamy współistnienie chorób płuc i serca i ewentualnie także nerek (*Ernst*), oraz w tych wypadkach, gdzie z powodu nagłości przypadku inne uśpienie nie daje się w ogóle przeprowadzić. W położnictwie bywa również stosowany w chwili przerzynania się główki; tutaj jednakowoż należy zachować ostrożność ze względu na opisane wyżej, a zdarzające się ujemne oddziaływanie na tłocznię brzuszną. Nawiasem dodać należy, że stosowano go także w przypadkach psychozy połogowej (*Kuntze*) dla celów uspokajających. Zabiegów większych nie wykonuje się obecnie przeważnie w samym uśpieniu evipanowym, lecz w łączności z innymi środkami usypiającymi (*Monod, Specht, Keusenhoff*), względnie zwiększając dawkę już w czasie narkozy. Liczni autorzy zalecają stosowanie tego środka w praktyce ambulatoryjnej i domowej (*Ernst, Baetzner, Monod*), ewentualnie dla wywołania tylko samego odurzenia (*Fritsche*) zwłaszcza, że przygotowanie do narkozy (opróżnienie przewodu pokarmowego) nie jest — jak już wspomnieliśmy — rzeczą konieczną.

Zachęceni dobrymi wynikami uzyskiwanymi przez licznych autorów przy używaniu tego preparatu i uważając, że uśpienie inhalacyjne jest w ginekologii i położnictwie niejednokrotnie zbyt dużym obciążeniem dla organizmu, stosujemy od dwóch lat evipan przy zabiegach wykonywanych na chorych oddziału ginekologiczno-położniczego tutejszego szpitala, przy czym początkowo korzystaliśmy z bezpłatnie dostarczonego nam przez firmę Bayer materiału. Wiek operowanych chorych wahał się w granicach od 18 — 62 lat. Przeciw-

wskazań nie braliśmy pod uwagę, przeciwnie używaliśmy tego uśpienia często tam, gdzie innego rodzaju znieczulenie (uśpienie eterowe, znieczulenie lędźwiowe lub miejscowe) nie było możliwe. Choroby płuc i serca, stany charłaczne, wyniszczenie i gorączka, to sprawy, przy których istnieniu nie wyłączaliśmy uśpienia przy pomocy evipanu. Jedynie wyżej podane przypadłości, a nawet przykre następstwa w przypadkach schorzeń wątroby, nakazywały nam daleko idącą ostrożność. Dlatego też stale zwracaliśmy baczną uwagę na ewentualne schorzenie tego organu i wykluczaliśmy chore, u których badanie fizykalne wykazywało nieznaczne choćby powiększenie i bolesność wątroby; prócz tego w każdym poszczególnym przypadku poddawano badaniu mocz w kierunku obecności barwników żółciowych lub zwiększenia urobilinogenu. Dokładnego, klinicznego badania czynności wątroby nie przeprowadzaliśmy i uważamy to poza powyższym badaniem za rzecz zbędną. W ten sposób postępując, nie mieliśmy nigdy żadnych nieprzyjemnych niespodzianek w czasie uśpienia lub po nim.

Przygotowania przedoperacyjnego, w szczególności opróżnienia przewodu pokarmowego, nie wykonywano. Początkowo nie podawaliśmy również przed zabiegiem środków narkotycznych, później jednak zauważyliśmy, że podanie na 10 minut przed zabiegiem morfiny lub co lepiej eukodalu oddawało nam dobre przysługi, albowiem dawało się zauważyć szybsze uśpienie i dłuższe trwanie narkozy.

Uśpienie to stosowaliśmy w następujących przypadkach:

Wyłyżeczkowanie macicy rozpoznawcze i lecznicze	12
Usunięcie polipa śluzowego szyjki	1
Nakłucie zagłębienia Douglasa	3
Nacięcie tylnego sklepienia pochwy	2
Zeszycie plastyczne szyjki spos. *Emmeta*	4
Zeszycie przedniej i tylnej ściany pochwy	3
Zeszycie tylnej ściany pochwy i krocza	8
Zeszycie pochwy spos. *Neugebauera - Lefort'a*	1
Skrócenie wiązadeł obłych spos. *Alexander - Adams'a*	2
Usunięcie torbieli gruczołu Bartholiniego	2
Przerwanie ciąży przez wyłyżeczkowanie	32
Wyłyżeczkowanie macicy przy poronieniu	56
Cięcie cesarskie pochwowe	1
Założenie balonu śródmacicznego	2
Obrót na nóżkę	3
Kleszcze Nagelego	2
Zeszycie świeżego pęknięcia krocza	6
Nacięcie ropnia sutka	1
Razem przypadków	141

Do uśpienia używaliśmy 10% rozczynu wodnego evipanu, zawsze świeżo przygotowanego, który wstrzykiwaliśmy do żyły łokciowej powoli, w ciągu około 2 minut. Odnośnie dawkowania, to w początkowych doświadczeniach ważono każdą chorą skrupulatnie przed zabiegiem i podawano na każde 10 kg wagi 1 cm^3 rozczynu. Później jednak, przekonawszy się, że istnieją duże granice indywidualne, uwarunkowane różną wrażliwością, względnie odpornością usypianej osoby, a zależną nie tylko od ogólnego jej stanu, określaliśmy dawkę dopiero w czasie uśpienia, dodając do ilości usypiającej t.j. wywołującej utratę przytomności, jeszcze 2 — 4 cm^3, a to w zależności od przypuszczalnego czasu trwania zamierzonego zabiegu. Przeciętnie podawano łącznie 7 cm^3, nie przekraczając jednak nigdy 10 cm^3. Poniżej 4 cm^3 nie uzyskaliśmy w żadnym przypadku uśpienia. Zawody zupełne widzieliśmy tylko 2 razy, a to w jednym przypadku u kobiety, u której miano wykonać przerwanie ciąży 2-miesięcznej z powodu włóknisto-serowatej gruźlicy płuc, drugi raz w przypadku zadawnionego pęknięcia krocza, przy czym zaznaczyć należy, że osoba ta przechodziła niedawno, bo przed 3 miesiącami, zabieg operacyjny (usunięcie wyrostka robaczkowego) w narkozie eterowej. W obu razach mimo zastosowania pełnej dawki, t.j. 10 cm^3, doszło jedynie do nieznacznego oszołomienia.

Niezupełne udanie się uśpienia zauważyliśmy w naszym materiale 4 razy, mianowicie w 2 przypadkach zeszycia przedniej i tylnej ściany pochwy w jednym przypadku zeszycia tylnej ściany pochwy i zadawnionego pęknięcia krocza oraz w jednym przypadku skrócenia więzadeł obłych sposobem *Alexander - Adamsa.* Tutaj z powodu ruchów obronnych chorej (u jednej wystąpiły nadto drgawki) zmuszeni byliśmy uzupełnić uśpienie dodaniem eteru po przeciętnie 10 minutach, używając go w ilości 20 — 30 g. Jednak i te chore nie pamiętały po zabiegu okresu budzenia się.

Przebieg uśpienia jest zwykle spokojny i zawsze miły dla chorej. Po iniekcji 4 — 5 cm^3 osoby mające być operowane usypiają po głębokim ziewnięciu, czemu towarzyszyły w 20% utrzymujące się kilkanaście sekund drgawki kończyn, przechodzące w rzadkich przypadkach w skurcze a nawet stany ogólnego podniecenia. Po dalszym, powolnym podawaniu środka usypiającego znikają odruchy rogówkowe, szczęka dolna opada, pozostaje jednak w mniejszym lub większym stopniu napięcie powłok brzusznych. Źrenice, po chwilowym rozszerzeniu się, zwężają się i przeważnie przez cały czas uśpienia reagują słabo na światło. Oddechy, początkowo nieco przyspieszone i powierzchow-

ne, po dwóch minutach zwalniają i pogłębiają się. Sinicę widzieliśmy tylko raz w przypadku zapalenia otrzewnej miednicy małej, przy dość ciężkim stanie ogólnym, trwającą zaledwie 3 minuty. Przypadłość ta nie powstała na skutek opadnięcia szczęki dolnej i ustąpiła bez żadnej interwencji z naszej strony. Tętno przyspiesza się stale do 100 uderzeń na minutę i utrzymuje się na tej wysokości do 10 minut, zaś ciśnienie krwi po zaznaczonym niekiedy lekkim początkowym podniesieniu się opada potem zwykle o 20 mm Hg poniżej stanu pierwotnego, utrzymując się na tym poziomie przeciętnie godzinę. W przypadkach położniczych nie widzieliśmy nigdy złego oddziaływania na kurczliwość mięśnia macicy, ani też wyraźnego, ujemnego wpływu na noworodka.

Budzenie się po dokonanym zabiegu trwa różnie długo, przy czym nie można się dopatrzeć jakiejś zależności od ilości podanego preparatu. Przeciętnie po godzinie chora jest przytomna, często jednak okres ten przeciąga się 2 — 4 godziny i w tych wypadkach późnego budzenia się pozostało parę razy uczucie oszołomienia, zawroty głowy i osłabienie, trwające do 24 godzin. Wpływu na temperaturę w przebiegu pooperacyjnym, który moglibyśmy odnieść do samego środka usypiającego, nie można wykazać, a nieznaczne wymioty przy budzeniu się, względnie pobudzenie do nich, dały się zauważyć zaledwie 8 razy.

Zestawiwszy wyniki naszego materiału, musimy stwierdzić, że z chwilą wprowadzenia evipanu do szeregu środków mających znieść odczuwanie bólu, mamy do dyspozycji środek, który będąc łatwym w podaniu a szybki w działaniu, może oddać w wielu przypadkach nieocenione usługi w położnictwie i ginekologii. Przeciwwskazania do jego stosowania są bardzo małe, a wszelkie niemiłe komplikacje dają się uniknąć przez sumienne zbadanie chorej przed zabiegiem. Do wykonywania zabiegów brzusznych, zwłaszcza w miednicy małej, środek ten naszym zdaniem nie nadaje się z powodu niemożliwości usunięcia działania tłoczni brzusznej, chyba w kombinacji z innymi środkami usypiającymi. Również wartość jego w większych zabiegach na narządach rodnych zewnętrznych (plastyki) jest często względna; polega ona na tym, że ilość zużytego eteru, jako uzupełnienie narkozy, jest znacznie mniejsza, niż bez uprzedniego zastosowania evipanu.

Rozległą natomiast a wdzięczną domeną stosowania evipanu są wszystkie mniejsze zabiegi ginekologiczno-położnicze, w których chcemy chorej zaoszczędzić bólu, zaś uśpienia inhalacyjnego pragniemy uniknąć ze względu na niemiłe sensacje przy usypianiu i budzeniu się oraz na komplikacje pooperacyjne, pominąwszy to, że często mamy do czynienia z zasadniczymi, organicznymi przeciwwskazaniami do ostatnio wymienionej narkozy.

Co się tyczy domowego, zwłaszcza ambulatoryjnego stosowania evipanu, to na podstawie doświadczeń szpitalnych i zgodnie z twierdzeniem *Baumeckera* (często utrzymująca się długo senność) nie jesteśmy za tym postępowaniem, a to niejednokrotnie z powodu niemożliwości dokładnego zbadania cho-



Novalgin

środek przeciwbólowy i przeciwgośćcowy

ANALGETICUM-ANTIRHEUMATICUM

Nie zawiera alkaloidów.

Przy gwałtownych stanach bólowych podczas napadów kolki żółciowej lub nerkowej wstrzyknięcie **NOVALGINY** może z powodzeniem zastąpić stosowanie morfiny.

Pewne działanie lecznicze przy reumatyzmie mięśniowym i stawowym.

Działa przeciwzapalnie łagodzi bóle.

STOSOWANIE:

doustne i w postaci wstrzykiwań.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 10 tabletek à 0,5					*zł 3.60*
ampułki do wstrzykiwań (roztwór 50%)					
pudełka po	*5*	*amp.*	*à 1*	*cm³*	*„ 4.80*
„ „	*10*	*„*	*„ 1*	*„*	*„ 7.50*
Opak. klin. „	*100*	*„*	*„ 1*	*„*	*„ 62.—*
pudełka „	*5*	*„*	*„ 2*	*„*	*„ 7.50*
„ „	*10*	*„*	*„ 2*	*„*	*„ 12.—*
Opak. klin. „	*100*	*„*	*„ 2*	*„*	*„ 110.70*



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA"

Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

RIVANOL

środek antyseptyczny, działający zarówno na warstwy powierzchowne jak i głębokie.

Wskazania: wszelkie sprawy zakaźne i umiejscowione ropienia.
Do obstrzykiwań, przepłukiwań i okładów.



OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 20 tabletek	*à 0,1 g*	*zł*	*5.25*
„ „ 10 „	*à 1,0 g*	*„*	*20.15*

RIVANOL w proszku dla receptury.



EVIPAN-NATRIUM

Do krótkotrwałego usypiania dożylnego i dla dożylnego zapoczątkowania narkozy.

Dla wielkiej i małej chirurgii, ginekologii, położnictwa, urologii, chirurgii oczu, gardła, nosa i uszu oraz dla stosowania w praktyce psychiatrycznej.

Szybkie usypianie bez żadnych zaburzeń i bez wstrząsu psychicznego. Brak pooperacyjnych (ponarkotycznych) powikłań płucnych.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

1 ampułka à 1 g	*zł*	*3.15*
5 ampułek „ 1 g	*„*	*12.90*
Opak. klin. 25 ampułek à 1 g	*„*	*32.—*



»Bayer«
LEVERKUSEN n/R.
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

rej przed zabiegiem, z powodu zdarzających się drgawek i skurczów, utrudniających a czasem wręcz uniemożliwiających wykonanie operacji w warunkach pozazakładowych i z powodu braku odpowiedniej asysty dla koniecznego często wysuwania szczęki dolnej i ewentualnego uzupełnienia narkozy eterem. Stanowisko nasze potwierdzają zdarzające się niekiedy stany pobudzenia na początku uśpienia, a zwłaszcza po obudzeniu się, co w warunkach domowych mogłoby nastręczać duże trudności i być wysoce niemiłe dla otoczenia.

LITERATURA.

H. Weese, Dtsch. med. Wschr. 1933. Nr. 2. — W. Baetzner, Dtsch. med. Wschr. 1933. Nr. 2. — C. Holtermann, Dtsch. med. Wschr. 1933. Nr. 2. — H. Baumecker, Zbl. Chir. 1933. Nr. 9. — J. Granatowicz, Nowiny Lekarskie 1933. Nr. 21. — W. Gundlach, Dtsch. med. Wschr. 1933. Nr. 18. — H. Theisen, Med. Welt 1933. Nr. 14. — M. Rode, Fortschr. Ther. 1933. Nr. 2. — Fretwurst, Klin. Wschr. 1933. Nr. 33. — J. Wolff, Klin. Wschr. 1933. Nr. 35. — P. Caffier, Zbl. Gyn. 1933. Nr. 17. — M. Ernst, Münch. med. Wschr. 1933. Nr. 4. — Jarman i Lawrence Abel, Lancet 1933 Nr. 5731, 1934 Nr. 5767. — M. Kaspar, Med. Welt 1933. Nr. 36. — K. Baucks, Zbl. Chir. 1933. Nr. 6. — O. Hoche, Wien. Klin. Wschr. 1933. Nr. 39. — O. Honcamp, Med. Klin. 1933. Nr. 32. — K. Specht, 1933. Nr. 5.— R. Caltabiano, Il. Policlinico Soc. Pratica 1933. Nr. 49. — R. Monod, Presse Med. 1934. Nr. 16. — F. Goldschlag, Pol. Gaz. Lek. 1934. Nr. 38. — E. Preissecker, Klin. Wschr. 1934. Nr. 25. — W. Küchel, Dtsch. med. Wschr. 1934. Nr. 14. — W. Kuntze, Münch. med. Wschr. 1934. Nr. 25. — F. Meder, Zbl. Gyn. 1934. Nr. 8. — R. Monod, Bull. de la Soc. Nat. de Chir. 1934. Nr. 6. — Fritsche, Schweiz. med. Wo. 1934. Nr. 35. — P. Kuhne, Brit. med. Il. Nr. 3831. — T. K. Lyle i G. Fenton, Brit. Med. Journ. 1935. Nr. 3875. — F. G. Stockert, Med. Klin. 1935. Nr. 7. — A. Rütz, Dtsch. med. Wschr. 1935. Nr. 49. — H. Dietel, Zbl. Gyn. 1935. Nr. 34. — Keusenhoff, Fortschr. Ther. 1935. Nr. 12. — Schmidt, Ther. Ber. 1936. Nr. 1. — S. Schwarz, Wiad. Terap. 1936. Nr. 2.

Dr H. RUPP, Klinika Ginekologiczna Uniwersytetu w Bonn. Dyr. prof. dr Franqué.

PRZYCZYNY I LECZENIE KRWAWIEŃ MACICZNYCH.

(Referat według „Die Medizinische Welt", 1935, Nr. 23).

Prawie wszystkie nieprawidłowe krwawienia z narządów płciowych kobiety pochodzą z macicy lub szyjki macicznej. Krwawienia pochodzące z odcinków dolnych, to znaczy z pochwy lub sromu, zdarzają się stosunkowo rzadko. Krwawienia te mają zwykle swe źródło w uszkodzeniach bezpośrednich, w pękniętych żylakach lub nowotworach złośliwych omawianej okolicy, najczęściej w rakach pochwy. Krwawienia z moczowodu, pęcherza moczowego lub odbytnicy mogą czasem pozornie naśladować krwawienie z narządów płciowych i być przyczyną błędów rozpoznawczych. Badanie palpacyjne i staranne obejrzenie umożliwiają jednak przeważnie postawienie właściwego rozpoznania.

W artykule swym *Rupp* wspomina następnie o krwotokach podczas ciąży, które wymagają zawsze szczególnego postępowania i leczenia.

Jedną z najczęstszych grup patologicznych krwawień macicznych stanowią „krwawienia czynnościowe", pochodzące z błony śluzowej macicy; przyczyną tych krwawień są zaburzenia czynności hormonalnej jajników i z tego właśnie powodu niektórzy autorzy nazywają te krwawienia „jajnikowymi". Jako skutek tych zaburzeń jajnikowych występują przede wszystkim zmiany w czasie trwania menstruacji. W przypadkach, w których mamy do czynienia ze skróceniem przerwy między dwoma periodami, to znaczy z przedwczesnym występowaniem miesiączkowania, uznajemy, że to zaburzenie wytwarza się wskutek niedostatecznie długiego czasu utrzymywania się ciałka żółtego. W związku z tym zjawiska przemiany śluzówki macicznej w ciągu drugiej połowy okresu międzymiesiączkowego ulegają przyspieszeniu i następne krwawienie menstruacyjne rozpoczyna się przedwcześnie. I odwrotnie, w przypadkach opóźniania się periodów, uważamy, że zjawisko dojrzewania pęcherzyka odbywa się zbyt wolno lub w sposób niedostateczny, co pociąga za sobą z kolei zwolnienie przemian błony śluzowej macicy. Ta niedomoga jajnika może być pierwotna lub może też być skutkiem zaburzeń, które mają swe źródło w innych gruczołach wydzielania wewnętrznego. Zjawiska te mogą wreszcie zależeć od upośledzenia stanu ogólnego.

W zaburzeniach tych rytm menstruacyjny pozostaje do pewnego stopnia zachowany. Istnieje ponadto inna grupa krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego o charakterze nie typowym, niezależnym od cyklu miesiączkowego. Przyczyna tych krwawień tkwi w głębokim zaburzeniu wytwarzania hormonów jajnikowych. Skutki tych zmian zostały już dzisiaj dostatecznie poznane.

Znamy również krwawienia maciczne występujące w wieku młodocianym. W przypadkach takich nie zawsze stwierdza się zespół anatomiczny hiperplazji wskutek utrzymywania się pęcherzyków; pewną rolę może ew. odgrywać również hipoplazja mięśnia macicznego, zasadnicza jednak przyczyna, jak to się stwierdza we wszystkich starannie zbadanych przypadkach, polega zawsze na niedomodze jajnikowej. Krwawienia te występują w wieku, w którym należy, jeśli to tylko jest możliwe, za wszelką cenę dążyć do zachowania czynności jajników; okoliczność ta utrudnia w znacznym stopniu nasze zabiegi lecznicze przy tych krwawieniach, które mogą być czasami bardzo groźne, gdyż o zabiegach radykalnych wolno nam myśleć jedynie w przypadkach wyjątkowo ciężkich.

Inna grupa krwawień, nie związanych bezpośrednio z zaburzeniami czynności jajników lecz znajdujących się mimo to w związku z procesami cyklicznymi narządów płciowych, polega na przedłużeniu czasu trwania krwawienia menstruacyjnego lub zwiększeniu jego natężenia. Rana menstruacyjna śluzówki macicznej krwawi nieprawidłowo z jakiegokolwiek względu i powraca zbyt późno do normy. Kurczliwość mięśniówki macicznej ma wielkie zna-

czenie przy uciskaniu rozerwanych naczyń i przy wydalaniu śluzówki. Otóż w przypadkach hipoplazji macicy kurczliwość ta okazuje się zawsze niedostateczna. Rozpoznanie niedorozwoju jest łatwe. Osłabienie skurczów może czasem być wtórne, gdy mięśniówka uległa zmianom wskutek częstych porodów, następujących po sobie w krótkich odstępach czasu. Osłabienie może również zależeć od nieprawidłowości topograficznych, zwłaszcza tyłozgięcia i znacznego opuszczenia. Inna przyczyna zwiększania się krwawień i przedłużania czasu ich trwania polega na zwiększeniu się dopływu krwi do narządów płciowych. W ten sposób działają wszystkie sprawy zapalne przydatków, tkanki łącznej i otrzewnej miednicy małej. Pod tym względem obojętne jest, czy sprawa zapalna polega na zakażeniu nieswoistym, czy też gonokokowym lub gruźliczym i czy współistnieje jednocześnie zapalenie błony śluzowej lub mięśniówki macicy. Przekrwienie narządu i zmniejszenie kurczliwości wskutek zrostów wystarczają, aby śluzówka maciczna krwawiła nadmiernie. Ta postać krwawień zależnych od spraw zapalnych jest bardzo częsta.

Również niektóre włókniaki, zmniejszając kurczliwość macicy, mogą być przyczyną większych krwawień. Włókniaki wielkich rozmiarów powodują nierzadko krwawienia bezustanne.

Przyczyną wielkich krwawień mogą być również zaburzenia krążeniowe (nadciśnienie tętnicze). Z rozpoznawczego punktu widzenia należy się następnie jeszcze liczyć z chorobami krwi, zaburzeniami ogólnej przemiany materii i czynnikami psychicznymi. Dość często krwawienie powstaje na podłożu spraw miejscowych (polip, rak, włókniak podśluzówkowy, sarkomat). Nowotworom jajnika rzadko towarzyszą krwawienia.

Dla postawienia ścisłego rozpoznania należy uwzględnić wszystkie mogące tu wchodzić w rachubę możliwości, które, jak widzimy, są bardzo liczne. W przypadkach guzów niezbędne jest wykonanie biopsji dla zbadania histologicznego. Rak stanowi jedną z częstych przyczyn krwawień macicznych, tak że nie powinno się nigdy rozpoczynać leczenia bez uprzedniego stanowczego rozstrzygnięcia, czy nie mamy może do czynienia z rakiem.

Przy leczeniu wszelkich krwawień macicznych należy przede wszystkim dążyć do postępowania przyczynowego. Poza tym chora powinna przestrzegać dietę i dbać o prawidłową czynność kiszek.

Dokonywanie skrobania jest bezwzględnie przeciwwskazane we wszystkich przypadkach, w których krwawienie zależy od przekrwienia zapalnego. Przy menstruacjach zbyt skąpych lub zbyt obfitych w związku ze zmianami zapalnymi przydatków lub w związku z zapaleniem otrzewnej w miednicy, wszelkie zabiegi miejscowe są szkodliwe i niebezpieczne. W przypadkach takich należy przede wszystkim zapewnić narządom płciowym spokój i zastosować zachowawcze leczenie przeciwzapalne. Leczenie takie w połączeniu ze środkami przeciwkrwotocznymi (styptica) okazuje się zwykle dostateczne, aby w krótkim czasie krwawienie zatamować.

Lekarstwa wywołujące skurcz macicy (styptica uterina) stosuje się na ogół jako środki objawowe, jednakże w przypadkach krwawień powstających na tle niedostatecznej kurczliwości mięśnia macicznego, można uważać stosowanie tych preparatów za leczenie bezpośrednio przyczynowe.

W przypadkach, w których przypuszczamy, że zdolność kurczenia się macicy jest zbyt słaba, możemy ponadto stosować hormon tylnego płata przysadki mózgowej (Hypophysinę).

Wstrzykiwania te należy stosować w ciągu dłuższego czasu, przy czym wskazane jest jednoczesne podawanie (o ile to możliwe — dożylnie) preparatów wapniowych. W przypadkach ciężkich można ew. dokonać skrobania.

Krwawienie na podłożu niedorozwoju macicy możemy leczyć za pomocą opoterapii swoistej, a mianowicie hormonem przedniego płata przysadki, który za pośrednictwem jajników pobudza czynności i wzrost narządów płciowych.

W przypadkach menstruacyj nadmiernie obfitych i zbyt częstych stosuje się z powodzeniem codzienne wstrzykiwania hormonu ciałka żółtego w dawkach po 1 — 2 jednostki królicze. Wynik osiąga się przeciętnie po 5 — 15 dniach.

Poza leczeniem swoistym wskazane jest wzmacnianie ustroju leczeniem arszenikowym, świeżym powietrzem na wsi, a zwłaszcza w górach na średniej wysokości.

Przy leczeniu ciężkich postaci krwawień „młodocianych" lub „okresu pokwitania" stosuje się zwykłe środki i zabiegi przeciwkrwotoczne, a nawet tamponadę macicy. Czasami dla przezwyciężenia tych powtarzających się obfitych krwawień, prowadzących nierzadko do ciężkiej anemii, należy zastosować całkowity arsenał leczenia zachowawczego. W przypadkach takich wskazane jest nie zwlekać z dokonaniem skrobania, gdyż bardzo często jedną z przyczyn krwawienia jest znaczny przerost błony śluzowej. Jako środki przeciwkrwotoczne stosuje się naprzemian autohemoterapię, wstrzykiwania żelatyny lub preparatów białkowych oraz wielkie przetaczania krwi. Jako środek przeciwanemiczny do stosowania wewnętrznego *Rupp* zaleca duże dawki żelaza. W przypadkach rozpaczliwych pozostaje, jako ostatnia deska ratunku, amputacja trzonu macicy. Kastracja czasowa za pomocą odpowiedniego napromieniania jajników nie znalazła u większości ginekologów uznania wskutek obawy trwałego uszkodzenia gruczołów rozrodczych, poza tym jest u młodych dziewcząt lub kobiet przeciwwskazana jeszcze z tego względu, że może doprowadzić do zaniku wydzielania wewnętrznego.

Leczenie krwawień okresu przekwitowego jest łatwiejsze. Wobec tego, że mamy tu do czynienia z zaburzeniami w związku z naturalnym wyczerpywaniem się czynności hormonalnych jajników i wobec tego, że istnienie macicy i czynności jajnikowych traci u tych pacjentek swe znaczenie, można w przypadkach ciężkich stosować naświetlania jajników promieniami Rentgena lub dokonać nadpochwowej amputacji macicy. Naświetlania rentgenowskie —

— obecnie stosuje się również i napromieniania radowe — mają tę stronę ujemną, że mogą nawet zwiększyć przykre objawy zaburzeń okresu przekwitowego. Zaleta tego zabiegu polega natomiast na możności uniknięcia niebezpieczeństwa operacji. Leczenie należy dostosować do warunków indywidualnych. We wszystkich przypadkach krwawień macicznych okresu przekwitowego należy przede wszystkim dokonać skrobania w celu wyłączenia możliwości nowotworu rakowatego. W wielu przypadkach skrobanie w połączeniu ze środkami przeciwkrwotocznymi wystarcza do osiągnięcia wyleczenia. Przy krwawieniach lżejszych już samo leczenie farmakologiczne prowadzi do celu. Skrobanie i badanie histologiczne stanowią natomiast znaczne uspokojenie zarówno dla lekarza jak i dla pacjentki, gdyż pozwalają na wyłączenie narzucającego się uporczywie podejrzenia złośliwej sprawy nowotworowej.

Wyskrobaną śluzówkę należy zawsze i we wszystkich przypadkach — nawet gdy rozchodzi się o polipy — przesłać do zakładu histologicznego dla dokładnego zbadania.

W przypadkach nowotworów złośliwych stosuje się radykalne zabiegi operacyjne lub naświetlania radem i promieniami Rentgena albo też stosuje się obie te metody jednocześnie. Wybór postępowania w przypadkach włókniaków zależy od wieku pacjentki oraz charakteru i rozmiarów guza. Guzy znacznych rozmiarów, wywołujące poważne zaburzenia, należy raczej operować. Również w przypadkach włókniaków nadających się do wyłuszczenia u kobiet młodych oraz guzów zgorzelinowych lub ropiejących należy operować. Naświetlania są wskazane w przypadkach powikłań pozapłciowych. Całkowitą dawkę jajnikową wolno stosować dopiero poczynając od okresu przekwitowego. Z punktu widzenia ostatecznego wyleczenia wyniki obu metod umiejętnie stosowanych są doskonałe.

Dr H. NAHMMACHER, Heska Szkoła Położnych w Moguncji.

STOSOWANIE ORASTHINY W PRAKTYCE POŁOŻNICZEJ.

(Referat według M. M. W. 1930, Nr. 43).

Orasthina nie wywołuje żadnych objawów działania ubocznego. Główna zaleta Orasthiny polega jednak nie na przyspieszaniu porodu lecz przede wszystkim na zupełnym braku składników zwiększających ciśnienie krwi, pobudzających perystaltykę kiszek i hamujących diurezę. Brak tych niepotrzebnych w praktyce położniczej własności sprawia, że Orasthinę można stosować również przy rzucawce porodowej, przy której dotychczas preparaty przysadkowe należało uważać za przeciwwskazane. W Szkole Położnych w Moguncji stosowano dotychczas Orasthinę u 200 kobiet. Wyniki były we wszystkich przypadkach tak pomyślne, że klinika zaleca obecnie powszechne sto-

sowanie tego preparatu również i ogółowi lekarzy-praktyków. Do kliniki przysyłają dość często przypadki z zaburzeniami lub powikłaniami wywołanymi nieodpowiednim stosowaniem preparatów przysadkowych; w przypadkach takich może ucierpieć również i serce dziecka; otóż przy stosowaniu Orasthiny takich zaburzeń obawiać się nie należy, gdyż tolerancja jej jest doskonała. Orasthinę stosowano przede wszystkim w okresie wydalania, głównie przy następujących wskazaniach:

1. Przy osłabieniu bólów porodowych i długim trwaniu porodu wskutek przeszkód w częściach miękkich. Wstrzykuje się 2 razy po 0,5 cm^3 Orasthiny słabej (= 3 jednostki Vögtlina) w odstępie 15 minut. Dawka ta nigdy nie zawodziła. Po 2 — 3 minutach rozpoczynają się silne, miarowe bóle, które posuwają główkę głębiej i pozwalają na uniknięcie zabiegu kleszczowego, pod warunkiem, oczywiście, że główka jest ustawiona prawidłowo i dziecko nie znajduje się w stanie asfiksji.

2. Przy osłabieniu tonów serca dziecka dla przyspieszenia zakończenia porodu. Wstrzykuje się domięśniowo 2 razy po 0,5 cm^3 Orasthiny i 1 cm^3 kardiazolu. Również i w tych przypadkach Orasthina wywierała zawsze swój pomyślny wpływ na macicę. Orasthinę można podawać pomimo osłabienia tonów serca dziecka, gdyż preparat ten nie działa szkodliwie na krążenie.

W okresie rozwierania autor osiągał podobnie pomyślne wyniki jak *Holzbach*, *Kottlors* i *Irion*, którzy uważają, że działanie Orasthiny przewyższa tu działanie wszystkich innych preparatów. Jeżeli macica nie jest jeszcze dostatecznie przygotowana do rozpoczęcia działania porodowego, to środek pobudzający skurcze maciczne nie może, oczywiście, przejawić swego wpływu.

Dawka 2 razy po 0,5 cm^3 (co odpowiada 3 jednostkom Vögtlina), zastosowana w ciągu 15 minut, była przeważnie zupełnie dostateczna dla skutecznego pobudzenia czynności porodowej. Ostrzec należy natomiast przed stosowaniem podczas porodu dawki większej np. 10 jednostek Vögtlina, choćby nawet refracta dosi. Podobna dawka mogłaby wchodzić w rachubę jedynie przy poronieniach lub przy martwych płodach. W okresie łożyskowym dożylne wstrzyknięcie 3 jednostek przyspiesza oddzielenie łożyska i szybko tamuje ciężkie atoniczne krwawienia. Również i tutaj Orasthina nigdy nie wywołuje żadnych objawów ubocznych, które czasami stwierdza się przy innych preparatach przysadkowych. Przy poronieniach, zwłaszcza przebiegających z gorączką, podskórne wstrzyknięcie 10 jednostek Vögtlina pozwala często na unik-

nięcie zabiegu i ograniczenie się do postępowania zachowawczego. Wynik zależy, oczywiście, od stanu poronienia. W przypadkach krwawień albo też częściowego lub całkowitego odłączenia jaja w jamie macicznej Orasthina szybko tamuje krwawienie i przyspiesza wydalenie jaja. Przy poronieniach o przedłużonym przebiegu z organizacją resztek jaja, wyniku takiego, oczywiście, spodziewać się nie można.

Autor zaleca następujące dawkowanie:

Przy poronieniach 1 cm^3 (3 jedn. Vögtlina) dożylnie lub 1 — 2 cm^3 (10 jedn. Vögtlina) domięśniowo mogą jajo będące w toku oddzielania się lub już odłączone doprowadzić do wydzielenia się w całości. Przy poronieniu niezupełnym wstrzyknięcie 2 — 3 cm^3 (10 jedn. Vögtlina) może w przypadkach świeżych spowodować wydalenie resztek łożyska. W przypadkach starszych przeważnie nie można uniknąć skrobania, przy czym Orasthina sprzyja tu odłączeniu resztek łożyska.

Dr P. HAUPTSTEIN, Klinika Ginekologiczna, Fryburg w B.

UPŁAWY POCHWOWE I ICH LECZENIE.

(Referat według Med. Welt 1935, Nr. 51).

Autor zdaje sprawę z wyników leczenia upławów u 185 kobiet. Leczenie polegało albo na stosowaniu samego Deveganu albo łącznie z przemywaniami sublimatem lub kąpielami pochwowymi z 3—5% roztworu azotanu srebra; w poszczególnych przypadkach stosowano oba zabiegi dodatkowe ($HgCl_2 + AgNO_3$). Pozostałości tabletek, które się ew. nie wchłonęły, usuwa się za pomocą 1‰ roztworu $HgCl_2$. Tabletki zakładano okrężnie wokoło części pochwowej macicy i przytrzymywano tamponem z waty zaopatrzonym w tasiemkę; po 24 — 36 godzinach pacjentki same usuwały tampon przez pociągnięcie za tasiemkę; w ten sposób można było uniknąć papkowatego wycieku, który by mógł się wytworzyć z nie wchłoniętych tabletek Deveganu.

Leczenie upławów nieswoistych trwało od 2 tygodni do 2 miesięcy (31,1%), leczenie zaś upławów wywołanych przez zakażenie pochwy trichomonadami trwało nawet do 6 miesięcy (24,4%). Ilość dni leczenia, przerwy między zabiegami i ilość zakładanych tabletek uzależniano od ciężkości upławów i osiąganych wyników terapeutycznych. Ilość dni leczenia wahała się od 3 do 20; w poszczególnych przypadkach dla osiągnięcia pożądanego wyniku trzeba było stosować nawet jeszcze dłuższe leczenie. Na początku leczenia zakładano tabletki stosunkowo częściej, następnie przerwy stopniowo powiększano, przy lekkich upławach wcześniej, przy średnich lub ciężkich — później; wreszcie zakładano tabletki w ciągu 3 dni już tylko po miesiączkowaniu, które sprzyja powstawaniu nawrotów. Na początku leczenia zakładano Devegan ew. 2 razy dziennie, następnie raz dziennie, potem co 2 lub 3 dni i pod koniec kuracji

już tylko 1 — 2 razy tygodniowo. W poszczególnych przypadkach zakładano 1 tabletkę, przeważnie 2, dość często również 3, a rzadziej 4 tabletki podczas każdego zabiegu. Ogólna ilość tabletek odpowiadała natężeniu upławów i zależała, oczywiście, również od czasu całej kuracji.

Przy leczeniu upławów nieswoistych, a zwłaszcza upławów na tle zakażenia trichomonadami żadna inna metoda nie dawała wyników tak pomyślnych jak stosowanie Deveganu. Dla oceny nadają się, oczywiście, tylko przypadki leczone i obserwowane w poliklinice lub w klinice; odpowiedni materiał obejmuje 77 pacjentek cierpiących na upławy wywołane przez trichomonady i 28 pacjentek z upławami nieswoistymi.

	Upławy wywołane przez trichomonady			Upławy nieswoiste		
	Ilość	%		Ilość	%	
Wyleczenie po Deveganie	13	10.0%	Nawroty u 19 kobiet = 14,6%	2	4,4%	Nawroty u 8 kobiet = 17,82.
Devegan + $HgCl_2$	8	6,1%		1	2,2%	
Devegan + $AgNO_3$	3	2,3%		2	4,4%	
Devegan + $HgCl_2$ + $AgNO_3$	9	6,9%		2	4,4%	
	33	43,0%		7	25,0%	
Poprawa po Deveganie	13	10,0%		3	6,7%	
Devegan + $HgCl_2$	13	10,0%		6	13,3%	
Devegan + $AgNO_3$	7	5,4%		6	13,3%	
Devegan + $HgCl_2$ + $AgNO_3$	5	3,8%		5	11,1%	
	38	49,2%		20	71,4%	
Brak poprawy po Deveganie	1	0,7%		1	2,2%	
Devegan + $HgCl_2$	2	1,5%		—		
Devegan + $AgNO_3$	3	2,3%		—		
Devegan + $HgCl_2$ + $AgNO_3$	--	—		—		
	6	7,8%		1	3,6%	
Ogółem 185	130			45 (55)		

Upławy nieswoiste i upławy wywołane przez zakażenie trichomonadami reagowały na działanie lecznicze Deveganu prawie zupełnie jednakowo. Nawroty należało prawdopodobnie przypisać zbyt krótkiemu leczeniu. Jeżeli pacjentki już po kilku zabiegach donoszą o ustąpieniu upławów, to nie należy tego w żaden sposób uważać za wskazanie do zakończenia leczenia. W przypadkach, w których z tych lub innych względów postępowano w ten niewłaściwy sposób, po pewnym czasie zawsze występowały nawroty. Analogiczne postępowanie obowiązuje również i odnośnie do wykrywania trichomonad. Pomimo więc zmniejszenia się lub nawet zupełnego ustąpienia upławów należy, zwłaszcza przy upławach ciężkich lub średnio ciężkich, leczenie nadal kontynuować. Pacjentkę przeprowadzającą kurację deveganową można uznać za ostatecznie wyleczoną dopiero wtedy, gdy po dłuższym zaprzestaniu stosowa-

nia Deveganu upławy nie wznawiają się, a badanie na trichomonady daje wynik ujemny również i po miesiączkowaniu. Niepowodzenia lecznicze zależą przede wszystkim od zbyt krótkiego leczenia. Objawy działania ubocznego zdarzają się bardzo rzadko i nie mają nigdy żadnego poważniejszego znaczenia: jedna pacjentka skarżyła się np. na mdłości, w 9 przypadkach wystąpiły dolegliwości miejscowe (bóle, palenie, swędzenie, zaczerwienienie zapalne).

Jako ogólne wytyczne dla leczenia zarówno upławów nieswoistych jak i wywołanych przez trichomonady autor proponuje, aby na początku leczenia w razie współistnienia objawów zapalnych stosować niezależnie od tabletek Deveganu kąpiele pochwowe z 3 — 5% azotanu srebra; po ustąpieniu zmian zapalnych stosuje się nadal już tylko samo leczenie Deveganem. W przypadkach upławów przebiegających bez objawów zapalnych wszelkie dodatkowe zabiegi są zbyteczne i do wyleczenia wystarcza sam Devegan.

Prof. dr B. NEURATH.

GRUŹLICA A CZYNNOŚĆ GRUCZOŁÓW PŁCIOWYCH.

(Referat według Medizinische Klinik 1934, Nr. 36)

Współczesne badania wykazały, że wrażliwość na choroby zakaźne i wogóle przebieg wszelkich chorób zależą w znacznym stopniu od stanu biologicznego poszczególnych osobników. Zwłaszcza szczegółowe badania przeprowadzone nad bliźniętami potwierdziły wielki wpływ konstytucji na zakażenie; wpływ ten był zresztą znany empirycznie już od niepamiętnych czasów. Odnosi się to do pewnego stopnia do ostrych chorób zakaźnych wieku dziecięcego, a przede wszystkim do natężenia i umiejscowienia gruźlicy.

Każdy odrębny typ konstytucji wykazuje zmienne skłonności chorobowe. Wystarczy tu wspomnieć wąską klatkę piersiową, cechę konstytucji astenicznej, usposabiającej, jak wiadomo, do większej wrażliwości na zakażenie gruźlicze. Wszelkie stany zwyrodnienia przygotowują odpowiednie podłoże dla gruźlicy; mongolizm np. kończy się prawie zawsze gruźlicą. Podłoże stwarza skłonność nietylko do zakażenia lecz również do nawrotów.

Stosunek między czynnością gruczołów wydzielania wewnętrznego i gruźlicą również nie ulega wątpliwości i dotyczy zarówno wrażliwości na zakażenie jak i przebiegu choroby. Do dwudziestego roku życia śmiertelność na gruźlicę jest u kobiet w przybliżeniu o 10% większa niż u mężczyzn. Do tego wieku kobiety zapadają na gruźlicę trzeciookresową częściej niż mężczyźni, co zależy głównie od wpływu czynności wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych.

Przebieg kliniczny i anatomiczny gruźlicy płuc w wieku dziecięcym i młodzieńczym przedstawia pewne cechy szczególne. U niemowląt i u małych

dzieci przebieg gruźlicy cechuje się szczególną skłonnością do znacznego powiększania się zapalnego gruczołów oskrzelowych, do uogólniania się zakażenia w całym ustroju i do wytwarzania ognisk przerzutowych. Natomiast gruźlica wieku szkolnego cechuje się tylko drobnymi umiejscowieniami oskrzelowymi z wyraźną skłonnością do przebiegu dobrotliwego i wyleczenia. Skłonność do gruźlicy prawdziwej ujawnia się zwłaszcza w okresie pokwitania.
ność do gruźlicy prawdziwej ujawnia się zwłaszcza w okresie pokwitania.
wielką złośliwością i słabą skłonnością do poprawy. Według *Pirqueta* do ciężkiej gruźlicy trzeciookresowej należą tylko przypadki ujawniające się dopiero po pokwitaniu.

Bardzo ciekawe są przypadki przedwczesnej dojrzałości, które dowodzą wyraźnie wpływu czynników hormonalnych na przebieg gruźlicy. Np. *Mueller H. Cl.* opisuje przypadek gruźlicy trzeciookresowej i typowego wczesnego nacieczenia gruźliczego u pięcioletniej dziewczynki z przedwczesną dojrzałością płciową; postać gruźlicy stwierdzona u tej dziewczynki występuje zasadniczo dopiero w drugim dziesiątku lat i wystąpienie jej w wieku dziecięcym zależało niewątpliwie od nadczynności gruczołów płciowych. *Brack* opisuje zasadnicze różnice w przebiegu gruźlicy w zależności od tego, czy zaczyna się ona przed czy po pokwitaniu. W przypadkach gruźlicy rozpoczynającej się przed okresem pokwitania stwierdza się często zaburzenia rozwojowe, bądź to w znaczeniu hipoplazji (jąder), bądź rozwoju przyspieszonego (jajników). W przypadkach gruźlicy rozpoczynającej się po pokwitaniu część zmian chorobowych zależy niewątpliwie od niedostatecznej ilości lipoidów w gruczołach płciowych obu płci.

Badania doświadczalne nad wpływem gruczołów płciowych na przebieg gruźlicy całkowicie potwierdzają spostrzeżenia kliniczne. Szczury kastrowane są znacznie mniej wrażliwe na zakażenie gruźlicze niż zdrowe szczury kontrolne.

J. Bauer omawia pomyślny wpływ niedomogi płciowej na suchoty. *Bocura* uważa, że w przypadkach gruźlicy stosowanie preparatów jajnikowych jest przeciwwskazane. *Sorgo* podkreśla wielką śmiertelność z powodu gruźlicy, obserwowaną na początku okresu pokwitania i omawia wpływ również innych gruczołów wydzielania wewnętrznego. Podwiązanie nasieniowodów według *Steinacha* raczej przyspiesza dalszy rozwój gruźlicy. Pomimo braku dokładnych danych statystycznych wiadomo, że eunochoidyzm zwiększa odporność na zakażenie gruźlicze.

Na zależność wzajemną między czynnością płciową i przebiegiem gruźlicy nie zwracano dotychczas dostatecznej uwagi. Autor wyraża nadzieję, że w przyszłości zapobieganie i leczenie gruźlicy znajdzie w badaniach poświęconych omawianemu zagadnieniu cenne punkty oparcia i wskazówki odpowiedniego postępowania.

Dr H. FRANK, Szpital Miejski w Mannheim.

LECZENIE CIĘŻKICH ZATRUĆ I OŚRODKOWYCH ZABURZEŃ ODDECHOWYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1934 Nr. 13).

Icoral jest to preparat kombinowany, składający się z oksyetylodwuetyloaminoetyloaminobenzolu i oksyfenylopropanolaminy; pierwszy z tych związków działa jak efedryna, drugi jak lobelina. Icoral nadaje się zwłaszcza do leczenia ośrodkowych, nietoksycznych zaburzeń oddechowych. Autor wykazał pomyślne lecznicze działanie Icoralu na dwóch chorych, dotkniętych bardzo ciężkim ostrym zapaleniem mózgu. W obu przypadkach Icoral (domięśniowo) działał szybko i przyczynił się do uratowania życia jednego pacjenta, jak to wynika z poniżej przytoczonych historyj chorób:

1. Erna K., lat 22, poprzednio zdrowa. Od tygodnia bóle głowy, 2 dni przed przewiezieniem do szpitala nagła utrata przytomności, następnie stan zamroczenia i podniecenia z niepokojem ruchowym; chora robi wrażenie zupełnie zdezorientowanej. W 4 godziny po przybyciu do szpitala z powodu „histerii“ ciężkie zaburzenia oddechowe, ruchy oddechowe bardzo rzadkie z długimi przerwami zupełnego bezdechu. Bardzo znaczna leukocytoza, w płynie mózgowordzeniowym pleocytoza. Pomimo wielkich dawek środków analeptycznych oddech pogarszał się coraz bardziej. W 20 godzin po przybyciu do szpitala chora oddycha zaledwie 1 — 2 razy na minutę, bardzo głęboko, każdemu oddechowi towarzyszy przenikliwy krzyk. Wówczas autor zwrócił się do Icoralu i zaczął co 3 kwadranse lub co godzinę wstrzykiwać po 2 cm^3. Po każdym wstrzyknięciu następowało doraźne przyspieszenie i umiarowienie oddechu, którego częstość zwiększała się do 8 — 10 na minutę. Przy zaprzestaniu wstrzykiwań Icoralu dłużej niż na 50 minut powracał stan początkowy bardzo rzadkich oddechów. Stwierdzono przemijające zaburzenia mięśni ocznych i źrenic. Stan senności występował na przemian ze znacznym niepokojem ruchowym. Przez pewien czas po każdorazowym wstrzyknięciu Icoralu chora była w stanie odpowiadać na pytania. Poza tym chora znajdowała się w stanie zamroczenia, tętno złe, znaczna sinica. Ten stan bardzo ciężkich zaburzeń oddechowych, ustępujących jedynie pod wpływem Icoralu, trwał 52 godziny. Następnie przerwy między wstrzykiwaniami można było przedłużyć do 2 — 3 godzin, przy przerwach jeszcze dłuższych oddech znowu się zwalniał. W 74 godziny od rozpoczęcia leczenia chora oddycha około 18 razy na minutę, tak że można już było wstrzykiwań Icoralu zaniechać. Przez 10 dni podczas zasypiania występowały jeszcze krótkotrwałe zaburzenia oddechowe; całkowite odzyskanie świadomości nastąpiło dopiero po 14 dniach. Podczas wypisywania ze szpitala badanie neurologiczne i psychiatryczne żadnych zmian chorobowych nie wykazało, zaburzenia wzrokowe przeminęły bez śladu. Okresy euforii i depresji występowały naprzemian jeszcze przez kilka tygodni.

2. Joh. B., lat 45, dotychczas zdrów. Od 8 dni osłabiony. Samopoczucie złe. Od 5 dni leży w łóżku, 40^0. Podejrzenie duru brzusznego. W dniu przyjęcia lekkie objawy opuszkowe. W płynie mózgowordzeniowym silna pleocytoza. Poza tym żadnych uchwytnych zmian chorobowych. Stan stałej senności, z której można jednak pacjenta obudzić. Po obudzeniu się orientacja dobra. Rozpoznanie: Encephalitis acuta. W trzecim dniu objawy opuszkowe pogorszyły się, oddech co pewien czas zatrzymywał się. Początkowo wystarczały wstrzykiwania co 2 — 3 godziny; każde wstrzyknięcie natychmiast przywracało oddech. Zaburzenia oddechowe jednak stopniowo wzmagały się, tak że trzeba było wstrzykiwać Icoral co godzinę. Inne środki analeptyczne, nawet wstrzykiwane dożylnie w dużych dawkach, pozosta-

wały zupełnie bez wpływu. W 4. dniu zupełne porażenie połykania. Świadomość po obudzeniu się ciągle jeszcze zachowana. Karmienie zgłębnikiem. Zaburzenia mięśni ocznych. Dzięki wstrzykiwaniom kamfory i Icoralu (co godzinę) udało się chorego utrzymać przy życiu jeszcze przez 4 dni, po czym podczas nagłej długotrwałej przerwy oddechowej nastąpił zgon. Sekcja wykazała zapalenie mózgu sięgające do rdzenia przedłużonego oraz hipostatyczne zapalenie płuc.

Zupełne porażenie ośrodka oddechowego w tym drugim przypadku wyjaśnia nam, dlaczego tu pod koniec Icoral musiał zawieść. Działanie Icoralu trwa 40 — 50 minut.

W przypadkach zatruć Icoral przejawia zawsze swój swoisty wpływ na oddychanie, którego nie posiadają żadne inne środki analeptyczne, działające pomyślnie jedynie wtedy, gdy zatrucie nie trwa jeszcze dłużej niż 10 godzin. Słabnący powierzchowny oddech skłonił autora do zastosowania w 3 przypadkach Icoralu, który nie zawiódł pokładanych w nim nadziei. U 4 chorych ciężko zatrutych wielkimi dawkami kwasu barbiturowego (zatrucie nastąpiło przed 16 — 22 godzinami) nawet bardzo duże i często powtarzane dawki różnych środków analeptycznych pozostawały zupełnie bez wpływu. Z tego powodu zwrócono się do Icoralu, który doraźnie pogłębił oddech, uczynił go miarowym, usunął sinicę i pobudził gasnące ośrodki życiowe. Dwóch chorych pomimo bardzo ciężkiego stanu udało się uratować, dwaj inni zmarli w 7 dni po zażyciu trucizny z powodu zapalenia płuc, gdy już odzyskiwali przytomność i odpowiadali na pytania. Oto krótka historia choroby jednego z uratowanych pacjentów:

Krystyna B., lat 42, stan ogólny i stan odżywiania bardzo złe. W 25. roku życia zapalenie opon mózgowych, w 35. operacja brzuszna. Usiłowanie samobójstwa przez zażycie 20 tabletek barbiturowego środka nasennego. Przybywa do szpitala po 22 godzinach. Ciepłota w odbytnicy 35°. Głęboka zapaść, powierzchowny, rzadki oddech, sinica. Ciśnienie krwi 120 — 65 mm Hg. 5 cm^3 kamfory i 2 cm^3 Icoralu. Tętno poprawia się, oddech pogłębia. Po 20 minutach inny środek nasercowy i glukoza dożylnie. Wymioty. Po 10 minutach znowu znaczne pogorszenie, stan jak poprzednio. Nowa próba z innym środkiem nasercowym. Tętno nieco lepiej wypełnione, oddech nieco szybszy. Po 10 minutach działanie jednak przemija. Po 15 minutach 2 cm^3 Icoralu domięśniowo, po upływie 5 minut wyraźne pogłębienie oddechu, ciśnienie krwi podnosi się do 135 — 65. Po 40 minutach działanie wyraźnie wyczerpuje się, oddech staje się powierzchowny, sinica wzmaga się, ciśnienie krwi pozostaje jednak na poprzedniej wysokości. 2 cm^3 Icoralu. Ciśnienie tętnicze 170 — 90. Tętno bardzo mocne, oddech głęboki, chrapiący. Na wysokości każdego oddechu czkawka. Stan, który jeszcze niedawno wydawał się beznadziejny, poprawia się wyraźnie i wreszcie niebezpieczeństwo grożące życiu przemija. Ciśnienie krwi dopiero po 3 godzinach opada do poprzedniego poziomu. Po 5 godzinach po przybyciu do szpitala powracają odruchy, po 12 godzinach całkowite odzyskanie świadomości. W ciągu następnych dni wystąpiła wysypka barbiturowa. Zupełne wyleczenie bez żadnych dalszych powikłań.

W przypadkach ciężkiego zatrucia morfiną z ośrodkowym porażeniem oddychania Icoral jest środkiem wyboru. Autor przytacza historię choroby pewnego lekarza, który rozpuścił 40 tabletek zawierających po 0,02 morfiny i 0,0003 skopolaminy i wstrzyknął sobie podskórnie ten roztwór (0,8 g morfiny).

Zatruty znajdował się w stanie głębokiej śpiączki, dwa oddechy na minutę. Wstrzykiwania strychniny, kofeiny i t. p. pozostawały bez wpływu. Dożylne wstrzyknięcia lobeliny dwa razy poprawiły oddech, za każdym razem na 15 minut, wywołały jednak jednocześnie przykre podrażnienie kaszlowe. Ze względu na bardzo ciężki stan zastosowano domięśniowo 2 cm^3 Icoralu. Działanie było wprost zdumiewające. Oddech stał się miarowy. Po 30 minutach po wstrzyknięciu 8 — 10 oddechów na minutę. Po godzinie powtórne wstrzyknięcie Icoralu. O godz. 11 w nocy chory odzyskuje stopniowo przytomność i odpowiada krótko na zadawane mu pytania. Dalszy przebieg bez powikłań. Wyleczenie.

Od czasu zaniechania wstrzykiwań dożylnych i stosowania wyłącznie wstrzykiwań domięśniowych autor nie obserwował już ani razu żadnych zaburzeń miarowości, występujących pod wpływem Icoralu.

Dr F. HANDKE, Klinika chorób uszu, gardła i nosa. Charité w Berlinie.

SPOSTRZEŻENIA NAD DZIAŁANIEM PANTOCAINY JAKO ŚRODKA ZNIECZULAJĄCEGO BŁONĘ ŚLUZOWĄ W PRAKTYCE RHINO-LARYNGOLOGICZNEJ.

(Referat według Schmerz, Narkose und Anaesthesie 1936, Nr. 6).

Berlińska klinika Charité, oddział chorób uszu, gardła i nosa stosuje już od 5 lat dla celów znieczulania powierzchniowego 2% roztwór Pantocainy z dodatkiem 1‰ roztworu Suprareniny. Za pomocą tego roztworu Pantocainy osiąga się takie same działanie znieczulające jak dawniej za pomocą 10% roztworu kokainy z dodatkiem 1‰ roztworu Suprareniny, jednakże bez znanych objawów ubocznych, wywołanych przez kokainę. W rhinologii stosuje się Pantocainę dla usuwania obrzmienia w nosie, czasami również jako środek do znieczulania powierzchownego przy cewnikowaniu trąbek u wrażliwych pacjentów, przy przypalaniu muszli, usuwaniu polipów błony śluzowej, przy nakłuciach próbnych, przepłukiwaniu zatok szczękowych i czołowych. Przy podśluzówkowych resekcjach przegrody i zabiegach operacyjnych na zatokach nosowych stosuje się postępowanie kombinowane za pomocą powierzchownego znieczulenia Pantocainą i infiltracji Novocainą. Skrobanie śluzówki, będące dla chorego zabiegiem bardzo bolesnym, staje się dzięki Pantocainie stosunkowo znacznie łatwiejsze do zniesienia. Pendzlowanie Pantocainą umożli-

wia bezbolesne dokonywanie wycinków próbnych z nosa i gardła. Przed tonsillektomią znieczula się starannie błonę śluzową za pomocą Pantocainy, a dopiero następnie stosuje się Novocainę. Wszystkie zabiegi wewnątrz krtani, jak próbne wycinki, usuwanie polipów, nakłucia torbieli, przyżegania przy gruźlicy krtani, tracheoskopie i tracheobronchoskopie oraz ezofagoskopie wykonywa się w znieczuleniu pantocainowym za pomocą spray'u i strzykawki krtaniowej; wprowadzanie wygiętych metalowych zgłębników z watą sprawia znacznie więcej dolegliwości. Przy leczeniu nowotworów oskrzeli i płuc za pomocą zakładania radu oraz w większości przypadków usuwania ciał obcych podawano na ½ godziny przed rozpoczęciem znieczulenia pantocainowego 0,01 — 0,02 morfiny. Przy zakładaniu radu do oskrzeli na 24 godziny zastosowanie uprzednie Pantocainy i odurzenia morfinowo-skopolaminowego przeważnie chroniło przed przedwczesnym wykrztuszeniem założonego radu. Przy pierwszej zmianie opatrunku po laryngektomii zastosowanie spray'u z Pantocainy przed wprowadzeniem kaniuli do kikuta tchawicy znacznie łagodziło podrażnienie kaszlowe. Również przed rozpoczęciem laryngektomii w znieczuleniu infiltracyjnym za pomocą ½% roztworu Novocainy z Suprareniną w połączeniu ze znieczuleniem splotu szyjnego według *Härtla*, stosowano u chorych z silniejszą dusznością znieczulenie pantocainowe gardła, krtani i górnego odcinka tchawicy.

Dr E. TRYDE, Kopenhaga.

LECZENIE CHORÓB ZAKAŹNYCH ZA POMOCĄ OMNADINY.

(Referat według Ugeskr. f. Laeger 1935).

Stosowanie Omnadiny wzmaga fagocytozę i zwiększa leukocytozę, podnosi miano aglutynacyjne, unieszkodliwia zarazki chorobotwórcze i sprzyja szybszemu ich wydaleniu z ustroju. Wstrzykiwania Omnadiny nie podnoszą ciepłoty, nie wywołują żadnych objawów lokalnych w miejscu wstrzyknięcia, nawet przy kilkakrotnym wstrzykiwaniu w to samo miejsce. Zarówno więc pomyślne ogólne działanie lecznicze jak i doskonała tolerancja przemawiają za stosowaniem Omnadiny na szeroką skalę przy wszelkich sprawach zakaźnych, nawet gdy osiągnęły one już szczyt swego rozwoju. Również i przy powtarzaniu wstrzykiwań nie należy obawiać się wstrząsu ani żadnych objawów anafilaktycznych. Wyniki są naogół tym pomyślniejsze i jaskrawsze im wcześniej zastosowano Omnadinę. Przy leczeniu róży po bezskutecznym stosowaniu różnych środków miejscowych autor zwracał się wielokrotnie do Omnadiny, która prawie we wszystkich przypadkach szybko obniżała gorączkę, a po 2 — 3 wstrzykiwaniach przerywała doraźnie dalszy przebieg

choroby; wstrzykiwania Omnadiny okazały się ponadto bardzo skutecznym środkiem zapobiegawczym przeciw nawrotom. Spostrzeżenia kliniczne *Zahlmanna* (Szpital Marselisborg) wykazały, że u chorych leczonych Omnadiną gorączka opadała znacznie szybciej niż u pacjentów leczonych innymi sposobami.

Przy zakażeniach gronkowcowych (ropnie, czyraki, zanokcice) wystarczają często w świeżym okresie 3 — 4 wstrzyknięcia. Podobnie pomyślne wyniki osiągali za pomocą Omnadiny również *Sarup*, *Errindlev* i *Teisen*. Już rozmiękłe ogniska należy, oczywiście, w razie potrzeby otworzyć.

Również i przy posocznicach oraz przy zakażeniu połogowym wczesne zapobiegawcze lub lecznicze zastosowanie Omnadiny wpływa dodatnio na przebieg choroby. Przy zapaleniu zakrzepowym żył zmiany zapalne ustępowały bardzo prędko. Przy odoskrzelowym zapaleniu płuc oraz przy nieżytach oskrzeli wstrzykiwania Omnadiny szybko poprawiają stan chorych, przy czym jednocześnie z Omnadiną stosowano środki nasercowe (razem około 10 wstrzykiwań). Również przy odoskrzelowych zapaleniach płuc u niemowląt Omnadina (½ ampułki dziennie) znacznie zmniejszyła odsetek śmiertelności.

Przy grypie Omnadina nie tylko szybko obniża gorączkę, lecz skutecznie chroni przed występowaniem w okresie rekonwalescencji znużenia, tak zwykle charakterystycznego dla okresu pogrypowego. Również i małe dzieci, chore na grypę, znakomicie reagują na działanie lecznicze Omnadiny; analogiczne spostrzeżenia z praktyki pediatrycznej podaje również *Ulrich*. Wśród licznych przytoczonych historyj chorób znajdujemy obserwacje dotyczące kilku pacjentów dotkniętych anginą, przy której wstrzykiwania Omnadiny zapobiegły wytworzeniu się ropni. Kilka angin wykazujących wielką skłonność do uporczywych nawrotów udawało się zawsze doraźnie przerwać za pomocą wczesnego wstrzyknięcia 1 cm^3 Omnadiny. *Tryde* stosuje wreszcie Omnadinę zarówno leczniczo jak i zapobiegawczo w przypadkach zakażonych ran. Autor zwraca jeszcze na zakończenie uwagę, że *Lerison* i *Wulff* z powodzeniem stosowali Omnadinę w kilku przypadkach zapalenia mózgu.

Dr H. WUNDERLICH, Klinika Ortopedyczna w Lipsku.

UŚMIERZANIE BÓLU PRZY ORTOPEDYCZNYCH STANACH CHOROBOWYCH.

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1935. Nr. 49).

Dla uśmierzania bólu przy chorobach ortopedycznych, względnie chirurgiczno-ortopedycznych i przy związanych z tymi cierpieniami chorobach następczych autor stosował Novalginę. Podawano ją doustnie, domięśniowo i dożylnie. Materiał obserwacyjny autora składa się z 72 przypadków. Novalginę stosowano przy następujących ortopedycznych stanach bólowych:

1) przy dolegliwościach związanych z różnymi zaburzeniami czynności mięśni grzbietowych i utratą prawidłowej pozycji tułowia,

2) przy stanach bólowych z powodu zniekształceń i anomalij kręgosłupa,

3) przy dolegliwościach ortopedycznych kończyn dolnych i przy skutkach starych złamań,

4) przy przewlekłych stawowych zmianach zapalnych, rwie kulszowej i t. d.

Dolegliwości chorych z grupy pierwszej polegały przede wszystkim na ciągnących i kłujących bólach w poszczególnych mięśniach lub grupach mięśniowych pleców, przeważnie wskutek przeciążenia statycznego lub nadmiernego rozciągnięcia mięśni z wytworzeniem się myogeloz; podawanie Novalginy *) w dawce dobowej 3 do 4 tabletek (po 0,5) przeważnie uśmierzało bóle w sposób doraźny. Novalginę podawano nadal i jednocześnie przeprowadzano leczenie gimnastyczne. W dwóch przypadkach z ciężkimi bolesnymi skurczami mięśni całego pasa barkowego trzeba było podawać tabletki Novalginy i stosować kombinowane leczenie fizyczno-mechaniczne przez szereg tygodni; postępowanie to zostało jednak uwieńczone całkowitym powodzeniem, gdyż pomimo uporczywości i znacznego natężenia sprawy chorobowej, wszelkie dolegliwości ustąpiły wreszcie bez śladu i chory powrócił do zupełnego zdrowia.

U licznych pacjentów dotkniętych kifozą lub skoliozą stwierdzano dolegliwości statyczne związane z przeciążeniem poszczególnych grup mięśniowych grzbietu; w przypadkach garbu chorzy skarżyli się często również na bóle o cechach nerwobólu międzyżebrowego; nierzadko również i czynnik reumatyczny pogarszał jeszcze dolegliwości chorych. W przypadkach bólów grzbietowych wywołanych przez umiarkowaną skoliozę lub kifozę codzienne podawanie 3 — 4 tabletek Novalginy uśmierzało w ciągu kilku godzin dolegliwości, a czasami doprowadzało nawet do zupełnego ustąpienia bólów. Również i w przypadkach, w których nie można było zastosować leczenia gimnastycznego lub fizycznego, tabletki Novalginy w krótkim czasie przynosiły chorym wielką ulgę. Przy ciężkiej skoliozie trzeba było wstrzykiwać Novalginę dożylnie. Rozpoczynano od 0,5 cm^3 50% roztworu Novalginy i zwiększano

*) Novalgin = fenylo-dwumetylo-pyrazolono-metylo-amino-metano-sulfonian sodowy.

dawkę codziennie o 0,5 cm^3 aż do dawki najwyżej 2 cm^3. U 2 chorych bóle po 3 — 4 dniach ustąpiły prawie zupełnie, u 2 innych chorych po początkowej poprawie bóle utrzymywały się nadal w stopniu umiarkowanym, tak że dopiero kombinowane leczenie gimnastyką, masażem i Novalginą (doustnie) sprowadziło po 3 tygodniach znaczną poprawę. U 4 pacjentów w starszym wieku z bardzo dużą kifozą i skoliozą i ciężkimi zaburzeniami statycznymi Novalgina zawiodła; dla uśmierzenia dolegliwości trzeba było zastosować całkowite leczenie odciążające pod postacią leżenia w łóżku. U poszczególnych pacjentów z jedno- lub dwustronną sakralizacją, przy której kręgi lędźwiowe zachowują się jak kręgi krzyżowe, doustne podawanie Novalginy wpływało jedynie w niewielkim stopniu na dolegliwości chorych. W przypadkach takich wstrzykiwano 3 razy tygodniowo po 2 cm^3 Novalginy w okolicę między dolnym brzegiem wyrostka poprzecznego 5. kręgu lędźwiowego i grzebieniem kości biodrowej, po czym następowało znaczne złagodzenie dokuczliwych bólów. U pewnej chorej z jednostronną sakralizacją, znacznym zgięciem pleców, skurczami mięśni grzbietowych i spastyczną lordozą lędźwiową dolegliwości poprawiły się stosunkowo niewiele.

W grupie trzeciej z dolegliwościami wskutek przeciążenia powstałymi na tle nieprawidłowego ustawienia lub zniekształceń stopy, na tle nadmiernej ruchomości stawów kończyn dolnych lub w związku z przykurczami, podawanie tabletek Novalginy uśmierzało po kilku godzinach dolegliwości i ułatwiało w łagodniejszych postaciach przeprowadzenie leczenia mechanicznego lub unieruchamiającego. Przy stanach bólowych po starych złamaniach kości śródstopia leczenie mechaniczne łącznie z doustnym podawaniem Novalginy doprowadzało do znacznego złagodzenia lub zupełnego ustąpienia dolegliwości.

Dożylne stosowanie Novalginy w przypadku różnych ortopedycznych zaburzeń chorobowych, jak rwa kulszowa, przewlekłe zapalenia stawów itd., dawało w znacznej większości przypadków bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Naogół więc Novalgina uśmierzała bóle bardzo szybko. U 18 chorych wszelkie dolegliwości ustąpiły natychmiast, przy czym podczas badania kontrolnego po 3 miesiącach stwierdzono, że poprawa była trwała i bóle nie wróciły. U 40 chorych poprawa była znaczna, w 10 przypadkach umiarkowana i zaledwie w 4 przypadkach działanie przeciwbólowe Novalginy zawiodło.

Prof. dr F. HAMBURGER, Klinika Chorób Dzieci Uniw. w Wiedniu

LECZENIE PADACZKI U DZIECI.

(Referat według Med. Klinik. 1936, Nr. 13).

Prominal jest to związek chemicznie zbliżony do Luminalu (N-metylo-etylo-fenylo-malonylo-mocznik). Przy leczeniu padaczki u dzieci Prominal przewyższa inne pokrewne preparaty, gdyż przeważnie nie działa wcale nasennie. *Hamburger* stosował Prominal również w swej praktyce prywatnej i osiągał we wszystkich bez wyjątku przypadkach pomyślne wyniki. *Jekelius* leczył w klinice za pomocą Prominalu około 70 dzieci.

Najlepiej rozpoczynać u dzieci od dawki 2 razy dziennie po ½ tabletki Prominalu rano i wieczorem na krótko przed lub po jedzeniu. W razie braku działania zwiększamy dawkę do 2 razy po 1 tabletce. W przypadkach, w których napady ustępują zupełnie, można po pewnym czasie dawkę znowu zmniejszyć, tak że wieczorem podaje się jedną, a rano ½ tabletki; przy pomyślnym biegu sprawy można następnie dawkę jeszcze zmniejszyć i podawać 2 razy po ½ tabletki. Zdarza się również, że po bezskuteczności dawki początkowej (2 razy dziennie po ½ tabletki), należy coprawda chwilowo zwiększyć dawkę do 2 tabletek dziennie, lecz następnie można znowu dawkę powoli ograniczyć do 2 razy po ½ tabletki, przy czym napady już wcale nie występują. Objawy tzw. „absence" ustępują prawie ze 100%-ową pewnością. Jest to w każdym razie wynik nadzwyczaj pomyślny! Czasami widzi się również, że przy napadach mieszanych napady wielkie ustępują zupełnie, a napady małe stają się rzadsze, krótsze i lżejsze. Wyraźna senność występuje bardzo rzadko i to przeważnie tylko przy dawkach zbyt dużych; zmniejszenie dawki wystarcza zwykle do usunięcia tej senności, przy czym napady nie stają się częstsze ani cięższe. Prominal nie wywołuje żadnych niepożądanych objawów ubocznych, właściwych preparatom bromowym.

W dotychczasowych spostrzeżeniach nie stwierdzono ani razu, aby Prominal wywołał wysypkę. Jeden chory przyjmuje Prominal już od 1½ roku, inni przyjmują go rok lub szereg miesięcy bez żadnych objawów szkodliwych. Przy ciężkiej padaczce z jednoczesnym idiotyzmem Prominal w dawce 2 razy dziennie po 0,2 g wywoływał, chociaż rzadko, objawy podniecenia. Dzieci nie cierpiące na padaczkę reagowały na Prominal niejednakowo. Jedna tabletka nie wywoływała żadnych objawów, natomiast po dwóch tabletkach stwierdzono osłabienie, senność i nadmierną pobudliwość. Dzieci epileptyczne znosiły te dawki bardzo dobrze, pod warunkiem że miały już więcej niż 5 lat. U dzieci młodszych wystarczają jednak dla usunięcia napadów już dawki znacznie mniejsze. Prominal wyróżnia się jeszcze tą zaletą, że nie posiada żadnego smaku.

L. Barber (Bristol Mental Hosp., Brit. Med. Journ. 1936, nr 3925) leczył Prominalem 4 epileptyków (dawka 2 razy dziennie po 0,2 g). U chorych czę-

stość napadów zmniejszyła się znacznie. Ponadto stwierdzono nadzwyczaj pomyślny wpływ na stan umysłowy: chorzy byli raźniejsi, mniej pobudliwi, stosunek ich do otoczenia stał się przyjaźniejszy; chorzy mogli dzięki Prominalowi zajmować się odpowiednio dobraną pożyteczną pracą.

K. W. JÖTTEN i H. SCHÖN. Instytut Higieny w Münster w W.

ODKAŻANIE RĄK ZA POMOCĄ ZEPHIROLU.

(Referat według Med. Welt 1936 Nr. 40).

Kliewe i *Maier* (M. m. W. 1936, Nr. 8) uważają, że Zephirol przedstawia doskonały środek do odkażania wydalin, wymiocin, miednic do mycia, nocników, wanien, wody do kąpieli, bielizny pościelowej i osobistej, szczotek do włosów, zębów i ubrań, poduszek, dywaników przed łóżkami, przedmiotów skórzanych i gumowych, pokryć meblowych z aksamitu i pluszu i mebli polerowanych i t. d. Autorzy są zdania, że Zephirol ze względu na swój przyjemny zapach nadaje się znakomicie również do stosowania w zakładach fryzjerskich, w których powinien z powodzeniem zastąpić alkohol oraz ostre i posiadające przykry zapach roztwory formaldehydu. Zephirol w rozcieńczeniu 1 : 1000 zabija w ciągu 1 minuty z całą pewnością wszystkie zarazki liszaja brody i strupnia, które tak często przenoszą się przez pendzle do golenia oraz szczotki do włosów. Przy odkażaniu rąk Zephirol wcale nie drażni skóry i dezynfekuje dobrze jeszcze w stosunkowo znacznych rozcieńczeniach. *Jötten* wykonał 1300 doświadczeń na rękach zakażonych lasecznikami okrężnicy, i stwierdził, że przy stosowaniu Zephirolu w rozcieńczeniu 1 : 200 ręce już po 1 minucie były jałowe, a przy rozcieńczeniu 1 : 250 po 3 minutach. Również mycie rąk tylko w roztworze Zephirolu ze szczotkowaniem ograniczającym się do paznokci dawało podobnie pomyślne wyniki. Stosowane więc zwykle mocne szczotkowanie całych rąk, które nierzadko wywołuje podrażnienie skóry, staje się przy dezynfekcji za pomocą Zephirolu zbyteczne. Czas trwania skutecznego odkażenia rąk Zephirolem badano na zakażonych rękach w ten sposób, że po 5-minutowym odkażeniu Zephirolem w rozcieńczeniach 100-, 200- i 250-krotnym nakładano jałowe rękawiczki. Otóż okazało się, że ręce nawet po godzinie noszenia rękawiczek pozostawały jałowe; również i płyn wydzielający się ze skóry pod rękawiczkami żadnych zarazków nie zawierał. W badaniach porównawczych wykonanych z 70%-owym alkoholem oraz 0,1 i 0,005%-owym sublimatem stwierdzono już po upływie pół godziny początki rozmnażania się zarazków; po noszeniu zaś rękawiczek w ciągu godziny można było we wszystkich doświadczeniach wykazać na rękach i w płynie rękawiczkowym obecność zarazków zaszczepionych na początku doświadczenia (laseczniki okrężnicy, wzgl. gronkowce). Okoliczność ta ma szczególne znaczenie w przypadkach uszkodzenia gumowej rękawiczki podczas operacji, gdy żywe

zarazki chorobotwórcze ew. znajdujące się w płynie rękawiczkowym mogdyby przeniknąć do rany operacyjnej. Przy stosowaniu Zephirolu jesteśmy przed tym niebezpieczeństwem zabezpieczeni na czas dłuższy niż przy korzystaniu z alkoholu lub sublimatu. — Dla ochrony instrumentów przed rdzewieniem dodaje się do roztworu Zephirolu azotynu sodu.

Dr E. LABRIGE.

CONSILIUM MEDICORUM.

(Referat według *Aesculape*, *Hollander*, Historia medycyny).

Dwóch widzi więcej niż jeden". Lekarze dawno już zastosowali to stare przysłowie dla celów praktycznych, gdy w „trudnych i niewyraźnych przypadkach" zwoływali narady dla wymiany poglądów, zastanowienia się nad rozpoznaniem, ułożenia planu leczenia i postawienia rokowania. Być może, że również i sami chorzy lub też ich troskliwi krewni albo opiekunowie zwracali się w groźnych chwilach do swego lekarza z prośbą lub nawet żądaniem wezwania jeszcze innych lekarzy. Narady lekarskie były tematem licznych pięknych obrazów, stanowiących nadzwyczaj wartościowe dzieła sztuki. Na obrazach tych przedstawiano przeważnie lekarzy w sposób godny i poważny. W czasach dawnych czerpano wiadomości raczej z martwych książek niż z żywej natury, nic więc dziwnego, że lekarze prowadzą dyskusję i starają się przekonać swych przeciwników głównie na podstawie starych ksiąg. Później widzimy już lekarzy przy zwłokach lub szkieletach. Lekarze zebrani przy szkielecie zastanawiają się być może nad sposobami leczenia, jak to jeszcze i obecnie czyni czasem chirurg, oglądając przed trudną operacją kości lub zwłoki, albo też być może widzimy na obrazie już ostateczny wynik niedoskonałej sztuki lekarskiej i lekarze omawiają w skupieniu spóźnione lub zaniedbane możliwości albo odpowiedniejsze drogi postępowania leczniczego, które należało w porę zastosować. Wydaje się przecież, że na pięknym obrazie *Backera* „Anatomia" malarz przedstawił nie zwykłą sekcję anatomiczną. Poważne twarze i spokojne, prawie smutne ruchy lekarzy wskazują na ich nie obojętny stosunek do pięknego zmarłego mężczyzny, którego prawdopodobnie nie udało im się uratować i przed którego śmiercią w pełni młodości i sił życiowych stoją jak przed zagadką trudną lub niemożliwą do rozwiązania. Majestat śmierci jest tu przedstawiony zupełnie inaczej niż by to było możliwe śród gwaru ożywionych sporów i dyskusji. Znacznie mniej smutne są niewątpliwie rozważania, które skłoniły do odbycia narady lekarzy na obrazie amsterdamskim; lekarze wcale się nie przejmują omawianą historią choroby, zainteresowanie sprawą pacjenta jest jedynie pozorne, w rzeczywistości rozchodzi im się przede wszystkim o to, aby zaimponować swą powagą i znaczeniem; są to ludzie, którzy rozstrzygają wszelkie zagadnienia rozpoznania i leczenia nie według istoty sprawy a według stopnia i dostojeństwa lekarza, zabie-



Inspektorowie Collegium medicum —
Troost 1724.



Oglądanie szkieletu —
Thomas de Keyser 1619.

rającego głos w dyskusji. Jeżeli pieniądz jest potęgą, to najwyraźniej starają się to uwidocznić holenderskie kierowniczki szpitali, które dla zaznaczenia świetności swego urzędu i siły swej władzy umieściły przed sobą rulony złotych monet.

Często schodzą się przy łóżku chorego specjaliści; internista bada tętno, podczas gdy drugi lekarz ogląda mocz. Również i chirurdzy odbywają przy łożu rannego narady i układają plany leczenia.

Przy niektórych naradach malarz wyraźnie zaznacza swój ironiczny stosunek do przedstawionego konsylium, jak to np. widzimy na obrazie ilustrującym słynną historię śpiocha holenderskiego. Sprawa przedstawiała się w spo-



Lekarz i chirurg przy łóżku rannego —
Chirurgia H. Brunschwiga 1534.



Oglądanie moczu i badanie tętna przez
dwóch lekarzy — Lubeka 1283.



Śpioch holenderski — 1706.

sób następujący: w roku 1706 niezwykłe wydarzenie poruszyło wszystkie naukowe umysły Holandii i było w ciągu długich miesięcy przyczyną namiętnych sporów w słowie i piśmie. We wsi Stolwik pod Rotterdamem pewien wieśniak, *Dirk de Bakker*, zapadł nagle i niespodziewanie 29 czerwca w głęboki długotrwały sen, w którym pozostawał do końca roku. Wszystkie próby i usiłowania licznych lekarzy obudzenia chorego z tego niezwykłego snu zawiodły zupełnie. Sprawą dla lekarzy niezwykłą i trudną do wyjaśnienia była następnie okoliczność, że ten sen, tak odporny na działanie wszystkich różnorodnych stosowanych zabiegów lekarskich, w dniu 11 stycznia 1707 r., czyli po 6 miesiącach nagle sam się zakończył. Przerwa ta była jednak tylko krótkotrwała, gdyż po spożyciu znacznej ilości stałego i płynnego pożywienia *Dirk de Bakker* następnego dnia znowu zasnął i spał jeszcze w dniu 14 marca. Czy chory ten wogóle obudził się ze swego snu i kiedy to nastąpiło, nie wiemy. Według opinii 4 lekarzy i chirurga, którzy na prośbę ławnika z Rotterdamu bardzo starannie zbadali pacjenta, podłożem choroby był tu pewien rodzaj letargu. Wychudzenie śpiącego było bardzo znaczne. Na obrazie widzimy,



Kierowniczki szpitali w Holandii.



Anatomia — Adriaen Bacher 1670.

jak *Dirk* leży wyciągnięty na swym łóżku z zamkniętymi oczami. Jeden lekarz liczy tętno, drugi trzyma zegar, trzeci podsuwa choremu pod nos buteleczkę z trzeźwiącymi kroplami, czwarty trzyma rękę pod kołdrą i mówi: „Serce bije mocno, nie mogę tego zrozumieć. Po przez brzuch wyczuwam wyraźnie kręgosłup".

Wobec tego, że chory żył tak długo, należy przypuszczać, że musiał on się w jakiś sposób potajemnie odżywiać. Ze złośliwą ironią zaznaczył malarz na swym obrazie przepisy lekarskie: Kaantjes Brot en Vleis — Kaas Struyf gebrade Appele en Peeren — Groen warm Moes — Bock weytekoeken. Malarz widocznie uważał, że śpioch holenderski chciał sobie zadrwić z lekarzy, czego dowodem jest następujący napis:

By dag do schyn ick doot
Maar als myn susje sliep
So vrat ick kaas en broot
en O! Heet je anders niet.

W dzień wyglądam jak nieżywy,
Lecz gdy moja siostra zasypia,
Zajadam ser i chleb,
Inaczej przecież nie mogło by być!

Opinia ludowa o istocie tego całego zdarzenia, które narobiło w swoim czasie tyle wrzawy, zawarta jest w następującym łacińskim dwuwierszu:

Scribere quid prodest, si non curere valetis,
O medici, hunc morbum! Vos quoque somnus habet.

(Cóż pomoże pisanie, lekarze, jeżeli tej choroby wyleczyć nie możecie! Również i wy śpicie!).



Alsaharavius: Liber theoricae, Augsburg 1519

Wypróbowane recepty

RIVANOL

Rp. Rivanoli 0,5
Sacch. plv. 5,0
Aq. q. s.
Eucerini anhydrici . . ad 30,0
S. Maść na odmrożenie (jako środek odkażający).

Rp. Rivanoli 1,0
Pastae Zinci . . . . ad 100,0
D. S. Przy pryszczycy, pyodermiach.

Rp. Rivanoli 0,5
Vaselini flavi . . . . ad 50,0
S. Maść do leczenia ran.

Rp. Rivanoli 0,5
Aq. dest. . . . . . ad 500,0
S. Do okładów, zraszania, przepłukiwań, wstrzykiwań itd. przy ranach, ropniach, flegmonach, ropnych zakażeniach stawów, zapaleniu otrzewnej, przy laparotomiach.

Rp. Rivanoli . . . . 1,0—10,0
Zinci oxydati
Talci . . . . aa ad 20,0
Glycerini
Aquae . . . . aa ad 100,0
M. D. S. Do pendzlowania (przy pyodermiach).

Rp. Rivanoli . . . . . . 0,01—0,02
Aq. dest. . . . . . ad 10,0
S. Krople do oczu (przy zapaleniu spojówek).

Rp. Rivanoli 0,01
Novocaini 0,1
Vaselini albi . . . . ad 20,0
S. Maść do oczu (przy zapaleniach rogówki).

Rp. Rivanoli 0,2
Aq. dest. . . . . . ad 200,0
S. Do płukania, do przemywań, jako spray.

Rp. Rivanoli 0,1
Aq. dest. . . . . . ad 300,0
(wzgl. 200,0)
S. Do przepłukiwań.

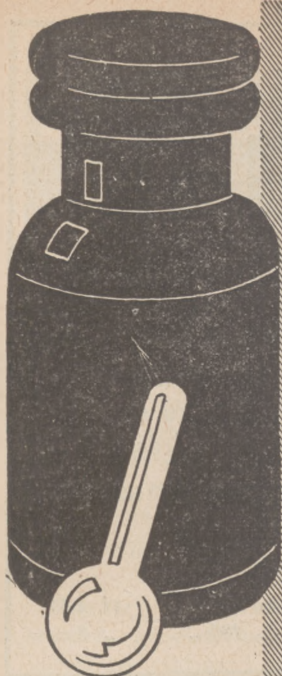
Rp. Rivanoli . . . 0,05—(0,1) : 100,0
Novocaini . . . 0,5
S. Do infiltracji w otoczeniu rany, flegmony, róży, zapalenia gruczołu piersiowego.

Rp. Rivanoli . . . . 0,1 : 200,0 — 500,0
S. Do przemywania przy rzeżączce.

Rp. Rivanoli . . . . 0,1—0,3
Aq. dest. . . . . . . ad 1000,0
S. Do przemywania kiszek przy czerwonce amebowej i lasecznikowej, przy zakaźnych schorzeniach kiszek, przy durze brzusznym i gruźlicy kiszek.

Rp. Rivanoli 0,025
D. t. dos. XII.
S. Dorośli 2 — 3 razy dziennie po 2 proszki. Dzieci powyżej 10 lat 3 razy dziennie po 1/2 proszka. Wskazania: czerwonka amebowa, lasecznikowa, nieżyty kiszek, Colitis mucosa et ulcerosa.

Rp. Rivanoli . . . . . . 0,005—0,1
D. tal. dos. XII
S. 2 — 4 razy dziennie po 1 proszku. (Dla dzieci poniżej 10 lat przy czerwonce amebowej lub lasecznikowej, przy nieżytach kiszek, przy Colitis mucosa et ulcerosa).



CASBIS

do leczenia bizmutowego.

Nowy, udoskonalony sposób wytwarzania preparatu zapewnia najwyższy stopień dyspersji. Silne działanie przeciwkiłowe. Dobra tolerancja również u kobiet i dzieci. **CASBIS** jest ekonomiczny w użyciu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

	flaszki po	*15 cm³*	*zł*	*6.80*
Opak. klin.	*„ „*	*100 cm³*	*„*	*33.35*



ALBARGIN

wysokowartościowy
środek przeciwrzeżączkowy

do leczenia wszystkich postaci rzeżączki. Silne działanie bakteriobójcze, brak jakiegokolwiek wpływu drażniącego, znaczna zdolność dyfuzji i silne działanie również na warstwy głębokie.

Siła lecznicza Albarginy jest znacznie większa niż azotanu srebra. Tabletki umożliwiają wygodne wytwarzanie roztworów.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

20 tabletek à 0,2		*zł 3.55*
50 „ „ 0,2		*„ 7.95*

Albargin w proszku dla receptury.



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

Przy wszystkich ***dermatozach i świerzbie***

Mitigal

przejawia energiczne działanie siarki i szybko uśmierza swędzenie.



Pomyślne działanie lecznicze przy świerzbie, ropnych i łojotokowych dermatozach, pryszczycy, trądziku, swędzeniu, łupieżu, liszajcach, dyshidrosis i t.d.

MITIGAL jest czysty w użyciu.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

flaszki po	*75 g*	*zł. 4.65*
„ „	*150 „*	*„ 8.—*

Dla pobudzania epitelizacji ran

Pellidol

maść



PELLIDOL przyspiesza gojenie się ran, owrzodzeń, pryszczycy i innych ubytków naskórka.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

tubki po 25 g

Uwaga: Gotową do użytku maść pellidolową wytwarza w Polsce na podstawie licencji firma „MOTOR“ w Warszawie.



»Bayer«

LEVERKUSEN n/R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:

Dom Agenturowy „REMEDIA“

Warszawa, ul. Hipoteczna nr 5.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie Rivanolem w roztworze z hydrogenium hyperoxydatum 3%.

Wobec zainteresowania się niektórych kolegów sposobem leczenia roztworem Rivanolu w połączeniu z hydrogenium hyperoxydatum podaję poniżej recepturę dla praktycznego zastosowania:

Rp. Rivanoli, 0,1, hydrog. peroxyd. 3% [ad 100,0

Roztwór 1 : 1000 stosowano dla opatrunków, przepłukiwania ran i przetok, torbieli po nakłuciu z wydobyciem ropy, przy ropnym zapaleniu gruczołów chłonnych, gruczołów sutkowych, flegmonach części miękkich, dla nasycenia paseczków gazy do zakładania oraz dla nasycenia gazy do opatrunków pod ceratką; dla tamponady przy rhinitis, otitis, ozaena (2 łyżki stołowe na 1/2 szklanki wody), dla płukania gardła przy anginach i grypie.

Rp. Rivanoli 0,1, hydrog. peroxyd. 3% [ad 10,0 (I)
Rivanoli 0,2, hydrog. peroxyd. 3% [ad 10,0 (II)
Rivanoli 0,3, hydrog. peroxyd. 3% [ad 10,0 (III)

I. Stosowano do pendzlowań przy pleśniawkach, stomatitis ulcerosa.

II. Angina Plaut Vincenti, dla przepłukiwań bubo inguinalis po niedużym nacięciu.

III. Noma.

Doopłucnowo stosowano roztwór 0,1 na 20,0 po częściowym wydobyciu ropy w 3 przypadkach inoperabilis u dzieci do 1 roku (patrz też Toszczewikow, Wiadomości Terapeutyczne 1936, zeszyt nr 5, str. 235).

Najsilniejsze działanie Rivanolu w roztworze hydrogenium hyperoxydatum stwierdza się przy ranach infekcyjnych oraz procesach ropnych, gdzie przypuszczalnie wchodzą w grę ziarenkowce ropotwórcze.

Dr Mikołaj Toszczewikow, Sarny.

Męskie klimakterium.

Noorden nie uznaje istnienia okresu przekwitowego u mężczyzn. Climacterium virile, które stanowi według niektórych autorów wstęp do okresu przedstarczego i ma jakoby być normalnym zjawiskiem fizjologicznym, jest zdaniem *Noordena* określeniem sztucznym i zupełnie nieuzasadnionym. Pojęcie męskiego okresu przekwitowego nie powinno zajmować żadnego miejsca w naukowej medycynie. Według *Noordena* w „męskiej krzywej życiowej" niema żadnego fizjologicznego progu, po którego przekroczeniu mężczyzna podobnie jak kobieta wstępowałby w nowe, zmienione warunki życiowe i nic nie upoważnia nas, abyśmy szósty dziesiątek lat uznali za ten punkt przełomowy. Jest rzeczą wyłącznie zapatrywań osobistych, aby różnorodne przykre przypadłości psychiczne i fizyczne, które występują nierzadko na pograniczu między drugim a trzecim okresem życia ludzkiego, określać jako dolegliwości okresu przekwitowego.

Warunki życiowe mogą zasadniczo zmienić mężczyznę akurat na szczycie jego drabiny życiowej, jednakże przemiana ta nie stanowi żadnej fizjologicznej męskiej właściwości. Możemy z całą stanowczością zapewnić mężczyzn, że przypisywanie im okresu klimakterycznego jest pozbawione wszelkich podstaw. Porównanie z naturalnym progiem życiowym, który ma do przekroczenia kobieta, jest ze względów zarówno fizjologicznych jak i biologicznych zupełnie niedopuszczalne. Przemiany ustro-

jowe zachodzące w pewnym czasie w organizmie mężczyzn są przeważnie nie pochodzenia wewnętrznego lecz są wynikiem różnorodnych przebytych chorób i zależą w znacznym stopniu od środowiska, w którym pacjent przebywa. Zdrowi pierwotni mężczyźni żadnych zmian przekwitowych w żadnym okresie życia nie odczuwają.

Jako curiosum wspomnimy tu jeszcze, że niektórzy autorzy uważają migdałki podniebienne za główną przyczynę klimakterycznych zmian i zalecają nawet operacyjne usuwanie migdałków. Stanowisko *Noordena* w sprawie męskiego klimakterium nie wyłącza jednak wcale leczniczego stosowania jądrowych preparatów organoterapeutycznych. Wprost przeciwnie, w odpowiednich przypadkach autor jest zwolennikiem podawania preparatów jądrowych, ostrzega jednak, aby indywidualnych zaburzeń, występujących w poszczególnych przypadkach, nie uznawać za powszechne zjawisko fizjologiczne.

Prof. Noorden, Krummhübel.

(Med. Welt. 1936, Nr 14)

Rtęciowe i bizmutowe zapalenie jamy ustnej.

Leczenie kiły preparatami rtęciowymi lub bizmutowymi wywołuje nierzadko swoiste zapalenie śluzówki jamy ustnej. W przypadkach wczesnego rozpoznania tego przykrego powikłania natychmiastowe podanie Panflaviny w dawkach po 8 lub więcej tabletek dziennie sprowadza wyleczenie w ciągu 3—5 dni, przy czym wcale nie zachodzi potrzeba przerwania zasadniczej kuracji bizmutowej lub rtęciowej. Swe działanie lecznicze zawdzięczają pastylki Panflaviny zawartej w nich Trypaflavinie. Po wyleczeniu zapalenia jamy ustnej przez Trypaflavinę, nawroty podczas tej samej kuracji należą do wyjątków, choćby nawet dokonano 20 wstrzykiwań. Działanie Trypaflaviny jest tak długotrwałe, że objawy zapalne ze strony jamy ustnej, dziąseł i t. d. powoli znikają również i wtedy, gdy wcześniej przestaniemy podawać pastylki Panflaviny, a wstrzykiwania bizmutu lub rtęci będziemy nadal stosować.

Dr L. Gerson,

(Journ. Méd. Paris 1934, Nr. 13)

Infiltracja okołokręgowa.

Chory ma lat 40; od kilku lat cierpi na porażenie lewostronne; jako powikłanie wystąpił przykurcz kończyn. Po wstrzyknięciu miejscowego środka znieczulającego na wysokości drugiego lewego zwoju lędźwiowego przykurcz lewej nogi ustąpił prawie zupełnie w ciągu kilku minut. Chory ku powszechnemu zdziwieniu odzyskał zdolność normalnego chodzenia. Wstrzyknięcie 15 cm³ do zwoju gwiaździstego dało taki sam zdumiewający wynik odnośnie do ramienia. Prawidłowa ruchomość obu kończyn utrzymywała się przez dłuższy czas, w kończynie górnej przez 8, a w kończynie dolnej przez 10 dni; następnie mięśnie znowu wróciły w stan nieznacznego przykurczu, który był jednak przez cały czas miesięcznej obserwacji o wiele mniejszy niż poprzednio i nie sprawiał choremu poważniejszych dolegliwości. W przypadkach zapalenia żył w pełni rozwoju można stosować infiltrację novocainową jedynie z pewną rezerwą; u pewnej młodej kobiety, u której po przebytym ciężkim zapaleniu żył obu kończyn dolnych wytworzyły się poważne zaburzenia (uporczywe bóle, sztywność kończyn, znaczne obrzęki), dwukrotne wykonanie infiltracji Novocainą w okolicy lędźwiowej doprowadziło w ciągu kilku godzin do ustąpienia obrzęków z kończyn dolnych i przywróciło prawie zupełnie prawidłowy stan.

Dr P. Goinard, Algier.

(Cpt. rd. Biol. 1935, tom 120)

Pryszczyca twarzy.

Trzyletnie dziecko z symetryczną moknącą pryszczycą na obu policzkach. Wykwity skórne wielkości mniej więcej dłoni małego dziecka powstały prawdopodobnie na podłożu skazy wysiękowej. Różne zastosowane sposoby leczenia pozostały zupełnie bez wpływu na stan skóry. Wówczas zastosowałem miejscowo maść Pellidol, a ponadto podawałem Vigantol w kroplach. Wynik okazał się znakomity: już po kilku dniach pryszczyca ustąpiła prawie zupeł-

nie. To samo leczenie zastosowałem następnie w drugim podobnym przypadku z jednakowo pomyślnym wynikiem leczniczym.

Dr Christo Draganoff, Pawlikeni w Bułgarji.
(Ther. Ber. 1936, Nr 3)

Świerzb w zakładzie dla obłąkanych.

W zakładzie dla umysłowo chorych wybuchła epidemia świerzbu. Leczenie maściami siarkowymi okazało się nie wystarczające dla wyleczenia chorych, wobec czego zastosowano połączenie siarki z terpentyną. Metodą tą leczono 23 chorych. 9 pacjentów wyleczono po 1 dniu, 10 po 2 dniach. Jeden chory był odporny na działanie siarki z terpentyną i dopiero zastosowanie Mitigalu doprowadziło do ustąpienia choroby. Autor obserwował następnie jeszcze jednego pacjenta dotkniętego uporczywym świerzbem; jako powikłanie wystąpiła na obu nogach ciężka pryszczyca; maść siarkowa zawiodła w tym wypadku zupełnie i dopiero Mitigal sprowadził szybkie wyleczenie.

Dr F. E. Kingston, Wakefield.
(Lancet 1935)

Wskazania i przeciwwskazania do leczenia w uzdrowiskach.

Autor omawia szczegółowo zagadnienie, jakiego rodzaju chorzy nadają się do leczenia w uzdrowiskach. Przy wysyłaniu pacjentów do miejscowości leczniczych lekarz powinien dobrze znać wskazania i przeciwwskazania danego uzdrowiska oraz starannie rozważyć widoki możliwej do osiągnięcia poprawy i materialne obciążenie, którego będzie wymagała zamierzona kuracja. Ostre stany chorobowe nie nadają się do leczenia uzdrowiskowego. Również i schorzenia przewlekłe, przebiegające ze stanami gorączkowymi lub okazujące skłonność do nawrotów, jak przewlekły reumatyzm stawowy, choroby przydatków, nieżyt i rozszerzenia oskrzeli nie są wskazaniem do wysyłania chorych. Dalsze przeciwwskazania stanowią: rozwinięta niedomoga serca, dławica piersiowa, późne postacie marskości nerek itd. Skierowanie takich poważniej cierpiących pacjentów do uzdrowiska jest uzasadnione jedynie wtedy, gdy chory może stale przebywać w specjalnie urządzonym sanatorium i znajdować się pod opieką doświadczonego specjalisty. Często bywa, że głównym czynnikiem, rozstrzygającym o dalszym przebiegu choroby w uzdrowisku jest przede wszystkim lekarz i jego szczególne zdolności. Niektóre słynne uzdrowiska, cieszące się obecnie powszechnie wielkim uznaniem, zawdzięczają swą sławę przede wszystkim wybitnym ordynującym tam lekarzom. Każda kuracja przeprowadzona w domu lub w uzdrowisku, dąży głównie do przestrojenia i to nietylko fizycznego lecz również i psychicznego. Z pobytem w jakiejkolwiek miejscowości kuracyjnej poza miejscem stałego zamieszkania związana jest zmiana klimatu, której wpływ dołącza się do leczenia kąpielowego i zdrojowego. Ostateczny więc wynik pobytu w uzdrowisku polega na sumowaniu się licznych i różnorodnych czynników leczniczych. „Reakcja uzdrowiskowa“ przejawia się zarówno w odczynach ogólnych jak i ogniskowych. Odczyn ogólny ma we wszystkich uzdrowiskach wiele wspólnych cech, odczyn zaś ogniskowy polega na świadomym wywoływaniu aktywacji miejscowych zmian chorobowych i prowadzi do wzmożonego wydalania zatrzymanych resztek przemiany materii i innych szkodliwych związków.

Prof. dr Schittenhelm, Monachium.
(Mtschr. Geb. u. Gyn. 1936, tom 101)

Polyarthritis rheumatica.

Autor podaje sprawozdanie z wyników leczenia Pyramidonem 100 chorych dotkniętych gośćcem wielostawowym. 44 chorych z ostrym przebiegiem cierpienia otrzymywało 2 — 3 g dziennie. 22 chorym z mniejszymi dolegliwościami podawano Pyramidon w dawce 6 razy dziennie po 0,3 g. W dawce pojedyńczej nie przekraczano przeważnie 0,3 g. Czas leczenia wynosił 8—14 dni. Wszyscy ci chorzy znosili Pyramidon bardzo dobrze. Autor uzależnia dawkowanie od szybkości opadania krwinek. Jeżeli ta szybkość się zmniejsza, podaje się duże dawki, jeżeli utrzymuje się bez zmiany, wskazana jest ostrożność, jeżeli zaś przyspiesza się, należy Pyramidon odstawić. W grupie tej zaledwie dwaj chorzy nie zareagowali na powyższy sposób leczenia. Wśród 13 dalszych chorych z podostrym przebiegiem cierpienia stwierdzono również dwa przypadki odporne na działanie Pyramidonu; u jednego z tych chorych Pyramidon wywołał mdłości. U 12 chorych z objawami przewlekłego gośćca wielostawowego Pyramidon uśmierzał dolegliwości w stopniu jedynie nieznacznym, natomiast wpływ na rumień guzowaty (Erythema nodosum) okazał się bardzo pomyślny. U 22 chorych wystąpiły reumatyczne powikłania wsierdziowe, które również poprawiły się pod wpływem Pyramidonu. W przypadkach rwy kulszowej wyniki nie były stałe, przy reumatycznym zapaleniu opłucnej działanie było lepsze. Pierwszym, który zalecił większe dawki Pyramidonu przy zapaleniu wielostawowym, był *Roth* (W. Kl. W. 1897, nr 47), który przy ostrym reumatyzmie stawowym osiągał pomyślne wyniki, stosując dawkę 5 razy po 0,3 g (1,5 g). *Schottmüller* wprowadził leczenie dużymi dawkami Pyramidonu zupełnie niezależnie od *Rotha*, którego praca poszła w zapomnienie.

Dr Leber.

(Terapia, broosok Lapya 1934)

W sprawie zakażenia trichomonadami.

W Genewie i w Zurychu więcej niż $^1/_3$ badanych kobiet była nosicielkami trichomonad, jednakże u kobiet w Zurychu ani razu nie stwierdzono nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami, jaki tak często obserwowano w Genewie. W przypadkach nieżytu pochwy lub upławów autor przeprowadzał leczenie zapomocą Yatrenu lub Deveganu i osiągnął szybkie i zupełne zniknięcie trichomonad.

Dr Kissling, Zurych.

(Schweiz. med. Wo. 1934, Nr 4)

Znaczenie trichomonad pochwowych jako zarazków ropnego nieżytu i „nieswoistego" zapalenia cewki moczowej u mężczyzny.

Autor opisuje historię choroby 29-letniej pacjentki, dotkniętej nieżytem pochwy na tle zakażenia trichomonadami. Leczenie Deveganem szybko doprowadziło do zupełnego ustąpienia upławów. Kobieta ta, dopóki cierpiała na zakażenie trichomonadami zaraziła dwukrotnie swego męża. Chorego wyleczono za pomocą Hg oxycyanatum. Również i w licznych innych przypadkach nieżytu pochwy na tle zakażenia trichomonadami autor osiągnął bardzo pomyślne wyniki lecznicze.

Dr Balkow, Berlin - Charlottenburg.

(Münch. med. Wschr. 1935, Nr 9)

Leczenie zatrucia strychniną.

W przypadkach zatrucia strychniną, w których nie wystąpił jeszcze okres porażenny, lecz drgawki tężcowe lub wzmożona pobudliwość odruchowa utrzymują się nadal, autorzy radzą wstrzykiwać Evipan-Natrium. Morfiny, apomorfiny, węgla, taniny lub nadmanganianu potasu stosować nie należy. Inhalacyjny środek usypiający wolno stosować jedynie wtedy, gdy pragniemy zyskać na czasie, np. gdy nie mamy Evipanu-Natrium pod ręką. Evipan-Natrium wstrzykuje się dożylnie, refracta dosi, aż do chwili, gdy pacjent reaguje na uderzenie jedynie niewielkimi drgnięciami. Jeżeli podczas drgawek oddech staje się krótki, przerywany i powierzchowny, wskazana jest górna granica dawkowania. Określanie dawki Evipanu-Natrium z góry jest niemożliwe, zbyteczne i zabiera niepotrzebnie drogocenny czas. Jeżeli chory znajduje się pod stałą obserwacją, można wstrzyki-

wać Evipan-Natrium refracta dosi również i domięśniowo. W okresie porażennym (śpiączka, zwolnienie tętna, osłabienie tonów serca, powierzchowny oddech, słabe odruchy rogówkowe itd.) wszelka pomoc jest przeważnie już spóźniona i stosowanie preparatów barbiturowych jest przeciwwskazane. W rachubę może tu wchodzić już tylko leczenie objawowe (sztuczny oddech, alkohol z glukozą dożylnie, adrenalina). Największa dawka strychnini nitrici, którą można wstrzyknąć małpie i po której można jeszcze uratować zwierzę zapomocą Evipanu-Natrium, wynosi 18 mg na kg, to znaczy 36 razy więcej niż najmniejsza dawka śmiertelna!

Dr C. J. Storm i dr A. K. J. Koumans.

Physiol. Labor. Gen. Hoogesch., Batawia.

(Gen. Tijds. Ned. Indie 1935, Nr 13—14)

Leczenie wymiotów.

W przypadkach wymiotów wszelkiego pochodzenia trwających uporczywie i trudno poddających się leczeniu, *Rosner* z powodzeniem stosował Luminal. Luminal wstrzykiwano domięśniowo w postaci 20% roztworu albo podawano per rectum w czopkach. Wszyscy chorzy bez względu na wiek — nawet kilkotygodniowe niemowlęta — znosili Luminal bardzo dobrze, bez żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego. Wymioty w znacznej większości przypadków ustępowały bardzo szybko. Przeważnie po krótkim czasie można było już bez trudności podawać doustnie pożywienie.

Luminal uspokajał wymioty nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne zabiegi lecznicze (chloral itp.) zawodziły. Na szczególną uwagę zasługiwało działanie Luminalu (szybkie ustępowanie mdłości i wymiotów) w przypadku bardzo ciężkiej mocznicy (jako skutek kłębuszkowego zapalenia nerek) u pewnego chorego, który z powodu długotrwałych wymiotów zupełnie opadł z sił; wyniszczonego pacjenta trzeba było odżywiać per rectum. Wstrzykiwania Luminalu, do których zwrócono się jako do ostatniej deski ratunku, uspokoiły wymioty i umożliwiły odżywianie chorego.

Dr M. Rosner, Vijnita.

(Ther. Ber. 1936, Nr 7/8)

Leczenie chorób ocznych.

Wkraplanie 1/2 — 1% roztworów pantocainy do worka spojówkowego sprowadza całkowite znieczulenie łącznicy i rogówki. W niektórych przypadkach występowało w 8 — 15 sekund po wkropleniu wrażenie palenia. Lekkie przekrwienie ustępuje mniej więcej po 3 — 5 minutach. Stosowanie Pantocainy jest wskazane między innymi również przed użyciem siarczanu miedzi do oka.

Dr Stallard.

(Practitioner 1935, tom 135).

W sprawie stosowania Pantocainy w okulistyce.

Stosowanie 1/2 — 1% roztworów Pantocainy do oka sprowadza szybkie znieczulenie, które umożliwia zgłębnikowanie dróg łzowych i wykonywanie wszelkich innych bolesnych zabiegów okulistycznych. Dla usunięcia głęboko tkwiących ciał obcych należy 2 razy zapuścić do oka 1% roztwór Pantocainy i poczekać nieco dłużej aż do wystąpienia zupełnego znieczulenia. Dla celów tonometrii wystarczają 2 krople 1% roztworu. Czasami po wkropleniu chorzy doznają wrażenia lekkiego palenia, jednakże nawet 2% roztwór ani razu nie wywołał żadnego uszkodzenia nabłonka.

Prof. dr Herrenschwand, Innsbruck.

(Wien. med. Wschr. 1936, Nr 6).

Leczenie chorych na nadciśnienie samoistne.

Autor przeprowadził w Nauheim, znanym uzdrowisku dla chorych sercowych, badania nad działaniem leczniczym różnych czynników na nadciśnienie samoistne. Część chorych leczono naturalnymi kąpielami kwasowęglowymi, przy czym pacjenci pozostawali na zwykłej diecie. Druga grupa przeprowadzała leczenie kąpielowo-dietetyczne. Kilku wreszcie chorych, którzy na

powyższe zabiegi lecznicze nie reagowali, leczono ponadto wstrzykiwaniami Salyrganu. W pierwszej grupie, składającej się z 6 chorych, stwierdzono u 4 spadek ciśnienia krwi i ustąpienie dolegliwości. Przy leczeniu kąpielowo-dietetycznym spośród 29 pacjentów stwierdzono w 17 przypadkach nadzwyczajną poprawę zarówno przedmiotową jak i podmiotową. U trzech chorych z grupy drugiej, odpornych na kurację kąpielowo-dietetyczną, udało się zapomocą Salyrganu osiągnąć wreszcie bardzo potrzebne obniżenie ciśnienia tętniczego. Chorzy, których ciśnienie nie obniżyło się wcale, wykazywali pomimo to (z wyjątkiem dwóch) znaczną poprawę stanu podmiotowego i przedmiotowego.

Dr A. Milew.

(Clinica Bulgara 1935)

Icoral.

Icoral jest to środek leczniczy pobudzający ośrodki krążenia i oddychania. Składnikami czynnymi Icoralu są dwie zasady, z których jedna działa wybiórczo na ośrodek oddechowy, druga zaś działa na układ naczyniowy podobnie jak efedryna. W medycynie wewnętrznej głównymi wskazaniami do stosowania Icoralu są zatrucia, przypadki wstrząsu lub zapaści oraz osłabienie w przebiegu chorób zakaźnych. W praktyce chirurgicznej Icoral oddaje cenne usługi przy leczeniu stanów zapaści pooperacyjnej, występujących nierzadko zwłaszcza po ciężkich laparotomiach (*Bremer*, Zbl. f. Chir). Uśpienie wywołuje, jak wiadomo, nie tylko zapaść naczyniową, lecz może również wpłynąć szkodliwie i na ośrodek oddechowy. Autor opisuje dwóch chorych z ciężkim wstrząsem pooperacyjnym, którym Icoral uratował życie.

1. Chory lat 34, przedziurawienie wrzodu dwunastnicy, operacja w 9 godzin post perforationem. Rozległe zapalenie otrzewnej, ciężka zapaść. Operacja, wykonana w uśpieniu eterowym, polegała na zaszyciu otworu, dokonaniu gastroenterostomii i przepłukaniu jamy otrzewnej. Po operacji tętno ledwo wyczuwalne, 180 — 200, oddech bardzo powierzchowny, przerywany. Dożylne wstrzyknięcie $^1/_4$ ampułki Icoralu wywołało natychmiast silniejsze oddechy i wzmocniło tętno. Po 15 minutach znowu stan zaczął się pogarszać, wobec czego wstrzyknięto natychmiast 1 ampułkę (2 cm^3) Icoralu podskórnie. Tętno i oddech poprawiają się wyraźnie. W dalszym przebiegu Icoral wstrzykiwano co 2 godziny przez 48 godzin. Tętno w 10 godzin po operacji — 100, oddech prawidłowy. Innych środków pobudzających oprócz cukru gronowego per rectum chory nie otrzymywał. Po 48 godzinach, pomimo zaprzestania wstrzykiwań Icoralu tętno i oddech prawidłowe. Dalszy przebieg normalny. Wyleczenie.

2. Chora lat 72. Niedrożność jelit. Uśpienie zapomocą dożylnego wstrzyknięcia Evipanu-Natrium (6 cm^3 + 3 cm^3) bez dodatku eteru. Po obudzeniu się oddech prawidłowy, lecz ciężka zapaść, tętno ledwo wyczuwalne, bardzo przyspieszone, tak że nie można go nawet obliczyć. 2 cm^3 Icoralu domięśniowo. Po 15 minutach tętno wzmacnia się, oddech pogłębia. W godzinę po wstrzyknięciu pogorszenie, wobec czego chora otrzymała znowu 2 cm^3 Icoralu. Znaczna poprawa tętna, która wystąpiła po tym wstrzyknięciu, utrzymała się przeszło 2 godziny. Chorej wstrzykiwano podskórnie po 2 cm^3 Icoralu co 2 godziny przez 24 godziny. Po upływie doby tętno 86. Po odstawieniu Icoralu tętno już nie słabnie. Żadnych innych środków analeptycznych nie stosowano. Wyleczenie po 12 dniach.

Powyższe dwa przypadki ciężkiej zapaści pooperacyjnej wykazały w sposób przekonywujący, że stosowanie Icoralu, jako wyłącznego środka pobudzającego, jest w stanie z powodzeniem przezwyciężyć osłabienie ważnych ośrodków mózgowych i uratować życie pacjentów.

Dr M. Schülein, Monachium.

(Ther. Ber. 1935, Nr 1)

Przyczynek do tamowania krwawienia z szczególnym uwzględnieniem stosowania Suprareniny.

Najważniejszym środkiem tamującym krwawienie zarówno w praktyce chirurgicznej jak i w każdej innej dziedzinie me-

dycyny jest niewątpliwie Suprarenina. Według metody *Borchera* dodaje się do 400—500 cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej 30—40 kropel podstawowego roztworu Suprareniny (2 cm^3 podstawowego 1⁰/₀₀ roztworu, względnie 0,002 g! proszku). Jeżeli dla nasycenia pola operacyjnego potrzeba zastosować większą ilość roztworu, to należy odsetkową zawartość Suprareniny odpowiednio zmniejszyć, nie mniej jednak niż do 5 kropel roztworu podstawowego na 100 cm^3 wody. Jeszcze lepsze niedokrwienie miejscowe osiąga się przy 10 kroplach na 100 cm^3, a przy mniejszych zabiegach można bez obawy zastosować nawet 20 kropel. Dłuższy wpływ powietrza i światła osłabia działanie roztworu Suprareniny, wobec czego należy go przygotować dopiero krótko przed użyciem. Przeważnie wystarczają zwykłe igły, jeżeli natomiast pragniemy dobrze nasycić wszystkie warstwy tkankowe, to najlepiej korzystać ze strzykawki Recorda o pojemności 5 — 20 cm^3 i z igieł niezbyt cienkich. W 5 — 10 minut po infiltracji anemizacja jest doskonała. Powyższy sposób wywoływania miejscowej anemizacji za pomocą Suprareniny nie zawodził prawie nigdy i nie wywoływał żadnych szkodliwych objawów działania ubocznego. Tolerancja ze strony serca i krążenia była zawsze bardzo dobra. Stosowanie Suprareniny chroni przed utratą krwi i jest wskazane między innymi również przy karbunkułach na karku i innych zapalnych ograniczonych sprawach chorobowych oraz zakażeniach, których rozwój i postępowanie udaje się za pomocą Suprareniny skutecznie powstrzymać.

Dr O. Orth,
Szpital pow. w Homburgu n. Saarą.

(Med. Welt 1934, Nr 13)

Omnadina.

R. S., lat 20, bardzo wysoki, szczupły. Situs inversus cordis, nerwica serca. 19.IX. 1934 nagle zachorował z bardzo wysoką gorączką. Prawdopodobne rozpoznanie — grypa. Co godzinę 0,1 g chininy. Ciepłota chwilowo obniżyła się, następnego wieczora znowu podniosła się gwałtownie. Osłabienie czynności serca wymagało zastosowania odpowiednich środków pobudzających krążenie. Pomimo wszelkich zastosowanych zabiegów leczniczych 21.X.34 wyraźne objawy rozpoczynającego się lewostronnego odoskrzelowego zapalenia płuc; poszczególne ogniska bez uchwytnego przytłumienia odgłosu wypukowego (raczej odgłos bębenkowy), wilgotne rzężenia dźwięczne, plwocina (nie rdzawa). Zaproponowałem wstrzyknięcie Omnadiny, lecz rodzice chorego, gorliwi zwolennicy przyrodoleczniczych metod terapeutycznych, nie zgodzili się początkowo na dokonanie tego niewinnego zabiegu. Wobec tego jednak, że w porze obiadowej nastąpiło dalsze pogorszenie stanu ogólnego, gorączka podniosła się jeszcze wyżej i wystąpiły objawy lekkiego zamroczenia świadomości, udało mi się przekonać otoczenie chorego o konieczności wstrzyknięcia Omnadiny. Następnego ranka doraźna poprawa zarówno podmiotowa jak i przedmiotowa. Dalszy przebieg normalny, bez powikłań, szybkie i zupełne wyleczenie.

Dr Arnold, Diez,

(Ther. Ber. 1936, Nr 6)

Kiła i gruźlica.

U syfilityków z gruźliczymi zmianami w płucach wielu lekarzy obawia się stosowania preparatów arsenowych ze względu na ich własność wywoływania przekrwienia, zwłaszcza w zakresie małego krążenia,

co mogłoby doprowadzić do krwioplucia. W rzeczywistości jednak krwioplucie po arsenie a zwłaszcza po Neosalvarsanie zdarza się bardzo rzadko. Autor obserwował zaledwie jeden raz uporczywą skłonność do krwioplucia po małej dawce Neosalvarsanu. Przy krwiopluciu już istniejącym autor radzi zaczekać nieco z rozpoczęciem kuracji salvarsanowej i stosować przede wszystkim środki przeciwkrwotoczne i inne zabiegi powstrzymujące krwawienia płucne. Jeżeli zachodzi konieczność szybkiego przeprowadzenia leczenia swoistego, to wskazana jest w takich przypadkach rtęć. Również i alkoholizm wymaga przestrzegania pewnej ostrożności z powodu szczególnej wrażliwości nałogowych alkoholików na działanie Neosalvarsanu (częste uszkodzenia komórek wątrobowych). W większości przypadków syfilitycy, chorzy na gruźlicę płuc, znosili dożylne wstrzykiwania dawek 0,15 — 0,30 i 0,45 g, stosowane co 5 dni, bez żadnych dolegliwości i bez ujemnego wpływu na sprawę gruźliczą. Czasami stosowano bez żadnej szkody nawet 0,6 i 0,75 g. Po 0,45 g tylko jeden raz nastąpił wstrząs, później jednak chory ten znosił 0,3 g zupełnie dobrze. Myosalvarsan stosowano z powodzeniem w tych wszystkich przypadkach, w których wstrzykiwania dożylne natrafiły na trudności techniczne. Zaburzenia wątrobowe są bardzo rzadkie i na ogół nie należy ich uzależniać od Neosalvarsanu. Spośród wielu istniejących preparatów bizmutowych autor stosował prawie wyłącznie Casbis. Wstrzykiwań dokonywano co 4 dni, ogółem chorzy otrzymali 10 wstrzykiwań (15 cm³ = 1,5 g), następnie zależnie od przypadku zarządzono 2 — 3-tygodniową przerwę i powtarzano nową serię 10 wstrzykiwań.

Leczenie można wydatnie skrócić, gdyż chorzy znoszą doskonale również i wstrzykiwania dawki ogólnej 20 cm³ Casbisu stosowane jednym ciągiem bez żadnej dłuższej przerwy. Ani razu nie stwierdzono nietolerancji lub objawów intoksykacji. Wstrzykiwania były zupełnie bezbolesne. Połączeń jodowych nie stosowano ze względu na ich własności przeciwsklerotyczne (niepożądane przy gruźlicy).

Dr A. Menke, Santiago.

(Med. Mod. 1934, Nr 4)

Astenia konstytucjonalna i jej leczenie.

W przypadkach astenii konstytucjonalnej, przebiegającej prawie zawsze ze znaczną utratą wapnia, stosuje się domięśniowe wstrzykiwania glukonianu wapnia; dla wzmożenia napięcia układu tętniczego wskazane są środki nasercowe, dla przezwyciężenia skłonności do łatwego męczenia się i przeciwdziałania hipoglikemii podaje się wyciągi z kory nadnerczy. Kobietom astenicznym zalecamy często hormony jajnikowe i preparaty przedniego płata przysadki (Prolan). Również i wyciągi wątrobowe, działające na mięsień sercowy, często wykazywały pomyślny wpływ leczniczy, podczas gdy tolerancja insuliny jest prawie zawsze zła. Tak np. już 5 jednostek insuliny wywołało ciężki wstrząs hipoglikemiczny, tak że zaledwie z wielkim trudem udało się uratować życie pacjenta. Przeciwko migrenowemu składnikowi astenii autor zaleca Coffeminal, a przeciwko wzmożonemu wydzielaniu atropinę na czczo. Ponadto należy zwracać dużą uwagę na odpowiednią dietę (węglowodany), trening fizyczny, wodolecznictwo, masaże i naświetlania.

Dr A. Störmer,

Sanatorium Weisser Hirsch pod Dreznem.

(Münch. med. Wschr. 1934 Nr. 19)

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni Wzorowej, Warszawa, ul. Długa 20.